

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE 766 No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Amédée-Pierre-Henri FOUASSIER

Né le 13 Juillet 1910, à Villiers-Charlemagne (Mayenne)

Ancien Externe des hôpitaux de Paris

Moniteur d'accouchements à la clinique Baudelocque

L'AVORTEMENT

MÉDICALEMENT PROVOQUÉ CHEZ LA FEMME
ATTEINTE DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

L'EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Amédée-Pierre-Henri FOUASSIER

Né le 13 Juillet 1910, à Villiers-Charlemagne (Mayenne)

Ancien Externe des hôpitaux de Paris

Moniteur d'accouchements à la clinique Baudelocque

L'AVORTEMENT

MÉDICALEMENT PROVOQUÉ CHEZ LA FEMME

ATTEINTE DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

L'EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent!

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY- RADOT		VELTER	
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'Accouchements
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui me fait le grand honneur de
présider cette thèse. Sentiments res-
pectueux de reconnaissance et d'admi-
ration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LACOMME

Professeur agrégé d'Obstétrique
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'a tant aidé dans l'exécution
de ce travail. Hommage de profonde
et reconnaissante admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. COUVELAIRE

Ex-chef de clinique chirurgicale

*Qui fut au début de mes études un
excellent conseiller. Témoignage de
ma vive reconnaissance et de ma res-
pectueuse affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. RENAULT

Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis

*Avec toute ma reconnaissance pour
l'aide matérielle qu'il a bien voulu
m'accorder.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURAINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LÉON-KINDBERG.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR H.-P. CHATELLIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. CAIN.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAPORTE

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR R. CATTAN

Médecin des Hôpitaux

MADAME LE DOCTEUR M. FAYOT-PETIT-MAIRE

Ex-chef de clinique d'Obstétrique

MONSIEUR LE DOCTEUR F. LEPAGE

Chef de clinique d'Obstétrique

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MEYER

Chef de clinique médicale

INTRODUCTION

Pour être autorisé à pratiquer un avortement dans un but thérapeutique, il faut :

1^o Que la femme soit atteinte d'une affection déterminée ou aggravée par la gestation de façon telle que sa vie s'en trouve directement menacée ;

2^o Que la menace puisse être levée par la suppression de la gestation et seulement par cette suppression.

A la clinique Baudelocque, M. PINARD autrefois et M. COUVELAIRE dans les années qui ont suivi la guerre avaient considéré que l'association de la tuberculose pulmonaire et d'une gestation ne remplit pas d'une façon suffisamment démontrée ces deux conditions indispensables pour se croire en droit de pratiquer des avortements chez les tuberculeuses. Cette attitude systématiquement abstentionniste ne fut cependant pas intégralement maintenue à partir de 1924.

La haute mortalité (près de 40 % dans l'année suivant l'accouchement) constatée chez les tuberculeuses bacillifères, l'impuissance fréquente de la thérapeutique médicale, le désir de ne pas rester totale-

ment passif devant les désastres que les partisans de l'avortement prétendaient quelquefois évitables, beaucoup d'arguments ont concordé pour décider M. COUVELAIRE a instituer un essai d'interruptions limité à quelques cas spécialement choisis. Cette expérience a été d'autant plus limitée que par ailleurs les recherches effectuées par M. COUVELAIRE et par M. LACOMME au même moment, démontraient comme celles de M. LÉON BERNARD, de M. DEBRÉ et de M. LELONG, que les enfants nés de mères tuberculeuses, loin d'être des déchets, ont, dans un grand nombre de cas, une valeur sociale réelle.

En faveur des mères, l'expérience de l'avortement thérapeutique devait cependant être effectuée. Elle l'a été de façon limitée, mais elle est aujourd'hui cependant suffisante pour que nous croyions devoir en étudier aujourd'hui les modalités et les résultats.

PREMIÈRE PARTIE

L'EXPÉRIENCE
DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

CHAPITRE PREMIER

LES CONDITIONS GÉNÉRALES
DE L'EXPÉRIENCE

**I. — Fréquence de l'interruption thérapeutique
à la maternité spéciale pour tuberculeuses**

C'est en 1921 qu'une maternité pour tuberculeuses fut annexée par M. COUVELAIRE au service général de la Clinique Baudellocque dans le but essentiel d'effectuer la prophylaxie de la Tuberculose chez le nouveau-né en liaison avec le Placement Familial des Tout Petits, fondé par M. Léon BERNARD, à la même époque, pour continuer cette prophylaxie chez le nourrisson.

Le mouvement de la maternité spéciale, peu impor-

tant dans les premières années s'accrut rapidement à partir de 1923 et fournit alors des documents nombreux, utilisables pour l'étude des rapports de la Tuberculose avec la Gestation. La thèse de M. LACOMME (1) et celle de GHINSBERG (2) plus tard ont donné les résultats statistiques de ce fonctionnement. GHINSBERG, en 1931, a pu ainsi faire état de 912 observations.

A la fin de 1935, c'était un total de 1558 malades qui avaient été hospitalisés au Pavillon Tarnier. Ce chiffre comprend uniquement des femmes bacillifères au moment de leur gestation ou dans les quelques mois qui avaient précédé cette gestation, de telle sorte que ces malades pouvaient être considérées comme contagieuses. Ceci exclut les tuberculeuses même avérées dont la maladie, devenue complètement inactive depuis un temps plus ou moins prolongé, permettait à la mère de garder son enfant sans risques et d'accoucher dans le service général.

Or, sur les 1558 bacillaires dont la maladie était en activité au moment de leur gestation, on est intervenu par avortement thérapeutique seulement 25 fois. C'est donc une proportion infime d'interruptions qui a été pratiquée. Ces interruptions se repartissent de la façon suivante :

(1) Maurice LACOMME. — Une maternité pour tuberculeuses annexée à la clinique Baudelocque (*Thèse Paris*, 1926. Louis Arnette, éditeur).

(2) GHINSBERG. — Etude statistique de l'association tuberculeuse pulmonaire et gestation (*Thèse Paris*, 1931. Amédée Legrand, éditeur).

Années	Total des tuberculeuses hospitalisées	Interruptions
1921-22.....	30	0
1923	53	0
1924	65	0
1925	112	1
1926	124	0
1927	124	0
1928	141	3 dont une hystérectomie
1929	120	3
1930	135	4
1931	131	2
1932	144	3
1933	123	2
1934	133	3
1935	123	4
15 ans	1.558	25 soit 1,6 %

Nous donnerons intégralement à la fin les observations de ces 25 femmes. Nous y avons ajouté celle d'une femme avortée en 1936.

II. — Moment de l'Intervention — Technique Adoptée

D'après nos 26 observations, on est intervenu à la Clinique Baudelocque 18 fois entre 2 et 3 mois. Dans les 8 autres cas on est intervenu entre 3 et 4 mois.

Une seule fois (Obs. IV) on pratiqua une hystérectomie sous rachianesthésie.

Dans tous les autres cas l'interruption de la grossesse fut réalisée par l'avortement provoqué.

D'une façon générale la technique adoptée a été la méthode lente et douce de l'ouverture du col par des lamineaires suivie le plus souvent de curage digital à moins, ce qui s'est produit plusieurs fois, que l'avortement ne se soit après les poses de lamineaires spontanément effectué.

3 fois, parce que la gestation était un peu plus avancée (obs. XII-XIV-XVIII) on a eu recours au ballon de Champetier de Ribes et 2 fois l'avortement se fit alors spontanément.

Au total, la directive toujours suivie a été d'obtenir si possible l'évacuation de l'utérus avec le minimum d'intervention de façon à réduire au minimum l'anesthésie.

Les derniers avortements de notre série ont d'ailleurs, en général, été pratiqués sous anesthésie régionale (anesthésie épidurale associée ou non à l'anesthésie des ganglions juxta-cervicaux de la base du ligament large). L'anesthésie ainsi obtenue est quelquefois excellente (obs. XXVI) mais les échecs ne sont pas exceptionnels.

CHAPITRE II

LES PRINCIPES SUIVIS DANS LA POSITION DES INDICATIONS DE L'AVORTEMENT

I. — Principes généraux des Indications opératoires

D'une façon générale, le principe fondamental qui a guidé l'expérience dont nous analyserons les résultats a été de *n'avorter que des femmes chez qui une poussée grave et récente de la tuberculose se trouvait en voie d'extinction au moment où a débuté la gestation*. De la sorte, la grande majorité des malades avortées étaient des malades qui allaient bien au moment de l'avortement, mais dont la maladie ne pouvait pas être considérée comme stabilisée. C'est afin de ne pas compromettre une évolution commencée vers la stabilisation que la plupart des interruptions de gestation ont été décidées. Nos opérations apparaissent ainsi comme dictées par un principe assez différent de celui qui est adopté par la plupart des auteurs. Ils exigent en général une poussée évolutive et une aggravation actuelles de la maladie, tandis que nous avons en général exigé une *poussée évolutive passée* et une *amélioration actuelle*.

Cette ligne de conduite appelle immédiatement

quelques commentaires puisqu'elle s'oppose, à celle qui est généralement adoptée.

Chacun admet que l'avortement thérapeutique n'est discutable que dans les cas où la tuberculose est grave et paraît néanmoins devoir être curable. Si la maladie n'est pas grave, l'avortement est inutile parce que la femme peut accoucher à terme sans dommage. Si la maladie est trop grave l'avortement est encore inutile parce que de toute façon la femme est une condamnée à mort.

L'interruption de la gestation est donc à réserver aux formes suffisamment graves qui ne le sont cependant pas trop.

Entre le trop et le trop peu la marge n'est peut-être pas très large et dans la pratique ses limites sont des plus difficiles à apprécier. Or tout le problème de l'avortement thérapeutique est dans cette double appréciation, c'est-à-dire essentiellement dans une appréciation de pronostic. Cela est une évidence. Reste à savoir si nous sommes véritablement en mesure de poser un pronostic.

Premier terme du problème: il faut que la tuberculose soit grave et menace la vie de la mère.

Cela écarte d'une façon certaine les tuberculoses scléreuses inactives ou à évolution très lente et torpide. Seules doivent être considérées comme graves les formes évolutives à tendance fibro ou ulcéro-caséeuses en général. Parmi celles-ci quelques-unes

affirment leur gravité dès le début de la gestation par la manifestation d'une poussée évolutive fébrile. Le danger vital alors, est évident bien qu'un certain nombre de ces poussées du début de la gestation guérissent parfaitement. Mais, en dehors d'une poussée évolutive déjà éclosée on peut et on doit admettre qu'une femme dont la maladie s'est manifestée peu de temps avant le début de la gestation est aussi gravement menacée, car les chances sont grandes de voir la tuberculose, à un moment ou à un autre de la puerpéralité, subir un réveil sévère. M. LACOMME (1), puis GHINSBERG (2) et plus récemment M^{me} KOURILSKY (3) ont mis ce danger en évidence.

Dès lors, cette considération autorise à admettre comme légitimes les avortements qui pourraient être pratiqués non seulement au cours d'une poussée évolutive mais aussi après une poussée grave chez une femme en voie d'amélioration ou même convalescente avant que ne soit réalisée la stabilisation de sa maladie.

(1) *Op. cit.*

(2) *Op. cit.*

(3) S. KOURILSKY. — La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte (*Thèse Paris*, 1934. Louis Arnette, éditeur).

Le deuxième terme du problème : la tuberculose n'est-elle pas trop grave pour être curable ? est beaucoup plus difficile à résoudre.

En dehors de la gestation le pronostic de la tuberculose est difficile. Au cours de la gestation il l'est peut-être plus encore, car on voit quelquefois se modifier du tout au tout l'évolution de la maladie de la veille au lendemain de l'accouchement. On peut donc admettre comme un fait, au moins actuellement, que les erreurs de pronostic au cours d'une poussée évolutive sont nombreuses. Il en résulte que si l'on interrompt une gestation au cours d'une poussée évolutive, on n'interrompra pas toujours à bon escient. De plus, il semble bien que l'interruption faite au cours d'une poussée évolutive peut aggraver celle-ci quelquefois, l'avortement pouvant se comporter dans ce cas comme le fait l'accouchement à terme (obs. IV-XXV-XXVI).

Le moment d'une poussée évolutive pour pratiquer l'avortement semble donc peu favorable pour cette double raison que l'on ignore souvent la gravité réelle de la poussée en cours et que l'interruption loin d'éteindre cette poussée l'aggrave au contraire quelquefois.

Ces considérations nous amènent donc à estimer comme logique de ne pas pratiquer d'avortement pendant le cours d'une évolution fébrile de la tuberculose mais bien après une évolution lorsque la

marche des évènements démontre que cette poussée est réellement curable.

Joignons maintenant les deux termes du problème que nous venons d'examiner.

La coexistence d'une gravité certaine et menaçante de la maladie avec la probabilité très grande, sinon la certitude de se trouver en présence d'une forme curable, se trouve chez toute une catégorie de malades : les convalescentes, les femmes en voie de stabilisation ou dont les lésions ne donnent au moins plus de signes importants d'activité après en avoir donné de très graves.

Ce sont là véritablement les conditions les meilleures que l'on puisse imaginer pour que, tout en restant justifié par l'état de la malade, l'avortement manifeste au maximum son efficacité thérapeutique. Ce sont ces conditions qui ont été choisies pour réaliser l'expérience de la Clinique Baudelocque.

C'est ainsi que sur 26 avortements, 12 ont été pratiqués alors que la malade n'avait pas eu de poussée évolutive depuis plus d'un an.

Sur les 26 femmes qui ont été avortées, 10 remplissaient de façon exacte (obs. I, II, III, VII, X, XIV, XVI, XVII, XX, XXI) les conditions que nous avons énoncées. Mais comme il n'est pas possible de rester enfermer dans un cadre rigide, quelques autres observations montrent qu'on a étendu un peu le principe fondamental sans l'enfreindre d'ailleurs formellement qu'une seule fois (obs. IV). Cette

extension des indications qui n'a d'ailleurs pas été heureuse en général traduit bien les difficultés d'application pratique d'un principe même en apparence très simple. C'est que la clinique apporte souvent des cas limites ou d'interprétation difficile, comme dans l'observation III, autour desquels se groupent parfois des circonstances capables d'influer sur la décision thérapeutique.

II. — Les Éléments accessoires des indications opératoires

Dans la pratique, en effet, sur l'élément évolution de la Tuberculose proprement dite se greffe toujours des éléments accessoires dont on ne peut pas ne pas tenir compte lorsqu'on a à prendre une décision d'interruption pour une affection comme la Tuberculose qui peut suggérer une thérapeutique mais ne saurait l'imposer quelles que soient les circonstances concomitantes.

Etant donné, d'ailleurs, que l'expérience faite à la Clinique Baudelocque a été restreinte et que l'on n'a pas, à beaucoup près, pratiqué l'avortement chez toutes les femmes qui se trouvaient dans les conditions énoncées au paragraphe précédent, mais seulement chez quelques unes, on comprendra que nous insistions quelque peu sur les éléments accessoires qui ont été en fait, sinon en principe, des facteurs importants de la décision thérapeutique acceptée.

Ces éléments sont :

1^o *La difficulté ou l'impossibilité de toute théra-*

peutique médicale active. C'est ainsi que dans quelques cas, aux éléments essentiels s'est joint le fait qu'on n'avait pas pu (obs. II-IV-VIII-XVI-XVIII-XXVI) ou qu'on n'avait pas voulu (obs. XXV) pour une raison quelconque instituer la collapsothérapie.

D'une façon moins précise dans ce même ordre d'occupation thérapeutique, néanmoins d'une façon certaine, agit quelquefois la notion plus ou moins vague que la femme par son milieu social, son genre de vie ne se soumettra ni à la thérapeutique (Obs. VI), ni à la cure sanatoriale qui pourraient lui être proposées, pas plus d'ailleurs que cette même femme ne se soumettrait dans l'avenir, éventuellement, à son devoir maternel. De telles raisons, qui peuvent à peine être énoncées et écrites, agissent consciemment ou inconsciemment sur celui à qui revient la charge de décider en dernier ressort si une gestation doit ou ne doit pas être interrompue. C'est ainsi que dans plusieurs observations on peut lire entre les lignes que des considérations de cet ordre, sans jouer un rôle capital, sont cependant intervenues dans la décision finale.

2^o Il est un élément^{*} qui est encore intervenu : c'est la notion de *l'évolution au cours des grossesses antérieures*. On ne peut pas ne pas être influencé par le fait qu'au cours d'une gestation antérieure la Tuberculose a subi une poussée et que c'est à l'occasion d'un acte de la puerpéralité qu'un début ou un réveil est intervenu (Obs. II-III-IV-VII-VIII-IX-X-XVIII).

3^o La considération qui précède explique en partie pourquoi la majorité des interventions a été pratiquée chez des *multipares*. Sur les 26 opérées, nous trouvons en effet 16 *multipares*.

Ajoutons que la répétition en quelque sorte subintrante de gestations chez la même malade comme dans les observations VIII-IX-XIII-XVI impressionnent toujours défavorablement. Ainsi on peut être amené à poser l'indication d'interrompre, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus souvent chez une *multipare* que chez une *primipare*.

Pour expliquer ce grand nombre de *multipares*, il y a encore un autre motif. D'une façon évidente, à égalité d'arguments, on se laisse plus facilement aller à interrompre une gestation chez une femme ayant un ou plusieurs enfants vivants que chez une femme dont la famille est nulle.

Il est clair enfin, que ces deux raisons se trouvent associées pour expliquer l'âge avancé (41 ans) du n^o XV. A l'inverse pour 2 femmes extrêmement jeunes (obs. XXIII, 16 ans ; obs. XXV, 15 ans 1/2) une considération tout à fait analogue de famille mais exactement opposée a fait penser que la Tuberculose devait tenir le premier rang des préoccupations avant la création d'une famille qui était au moins prématurée.

*
* *

Ainsi influencées par des circonstances concomi-

tantes, et tout en se maintenant dans la ligne générale que nous avons tracée, les conditions dans lesquelles l'interruption de la gestation a été pratiquée ne sont pas absolument identiques pour tous nos cas.

Schématiquement nous pouvons considérer deux groupes :

1^o les avortements pratiqués dans les conditions étroites et strictes du principe adopté ;

2^o les avortements pratiqués grâce à une certaine extension du principe.

Nous résumons ces deux groupes d'observations dans deux tableaux qui comprennent les 26 cas d'avortements thérapeutiques.

Nous savons ce qu'une telle classification a d'arbitraire et combien il peut être difficile parfois de classer les cas. Dans l'ensemble cette classification a cependant son intérêt comme le montrera la suite de ce travail au chapitre de l'étude des résultats.

Nous avons rangé les malades suivant les résultats en commençant par les favorables pour terminer par les plus mauvais. Nous avons ajouter à la fin ceux dont il nous a pas été possible de connaître les résultats éloignés.

TABLEAU I. — *Avortements pratiqués dans les conditions*

N° de l'Obs.	Age	Parité	Début de la tuberculose avant le début de la gestation interrompue.	Traitement	Evolution de la tuberculose au cours de gestations antérieures.
I 1943 bis 1925	26 ans	I	21 mois Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure gauche excavée.	Pneumothorax artificiel gauche immédiatement institué, compliqué d'épanchement liquidien aboutissant à une symphyse nécessitant l'interruption du pneumothorax quelques jours avant le début de la gestation.	
II 520 1928	25 ans	II	13 mois Tuberculose pulmonaire droite excavée.	Pneumothorax impossible ; cure sanatoriale.	Début près du terme de la 1 ^{re} gestation.
XX 1085 1934	28 ans	I	Près de 5 ans Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée.	Pneumothorax artificiel gauche institué 4 mois après le début apparent.	
XXI 321 1934	31 ans	II	13 mois Tuberculose pulmonaire ulcéro caséuse unilatérale droite.	Pneumothorax artificiel droit institué immédiatement, compliqué d'épanchement liquidien 3 mois après son institution.	Aucune gestation depuis le début de la tuberculose.
VII 2712 bis 1929	23 ans	II	3 ans Tuberculose pulmonaire ulcéro caséuse excavée unilatérale droite.	2 mois après le début apparent, institution d'un pneumothorax artificiel droit partiel entretenu 2 ans 1/2 et cessé en raison d'une symphyse pleurale.	Début de la tuberculose près du terme de la 1 ^{re} gestation.
XVII 553 1933	25 ans	I	20 mois Tuberculose pulmonaire droite.	Pneumothorax impossible 7 mois après le début de la tuberculose. Phénicectomie et 1 ^{re} aorique, cure sanatoriale.	Aucune gestation depuis le début de la tuberculose.
III 1993 bis 1928	34 ans	V	22 mois Tuberculose pulmonaire gauche excavée.	Pneumothorax artificiel gauche institué 5 mois après le début apparent.	Début de la tuberculose 2 mois après un avortement.
X 2075 1930	26 ans	III	2 ans Tuberculose pulmonaire gauche excavée.	Institution d'un pneumothorax artificiel gauche 8 mois environ après le début apparent. Pneumothorax partiellement efficace.	Au cours de la 2 ^e gestation début de la tuberculose.
XV 1579 1932	41 ans	IV	5 ans Tuberculose pulmonaire gauche.	Pneumothorax artificiel gauche partiel institué 10 mois après le début apparent et compliqué quelques mois plus tard d'épanchement liquidien. Près de 2 ans après ce pneumothorax institution d'un pneumothorax artificiel droit partiel.	Aucune gestation depuis le début de la tuberculose.
XVI 3997 1932	25 ans	III	26 mois Tuberculose pulmonaire bilatérale.	Cure sanatoriale..	Au cours de la 3 ^e gestation séjour en sanatorium. Amélioration.

Évolution de la Tuberculose dans l'année qui a précédé la gestation.	État au moment du début de la gestation interrompue et évolution au cours de cette gestation.	Date et Technique de l'Interruption.	Résultats immédiats	Résultats éloignés
Amélioration nette. pas de poussée évolutive.	Bon état, latence persistante des lésions.	3 mois Curage digital avec anesthésie générale légère après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	Bons 4 ans après.
Poussée évolutive nette 3 mois avant le début de la gestation interrompue.	État satisfaisant, pas de poussée évolutive.	2 mois Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Très bons.	3 ans après, gestation bien supporter. 6 ans après persistance d'une caverne en tissu fibreux.
Contrainte de travailler. La malade était fatiguée et maigrissait sans présenter de poussée évolutive nette-ment caractérisée.	État assez précaire, pas de poussée évolutive.	2 mois Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Bons.	Très bons, arrêt du pneumothorax 6 mois après l'intervention.
Dès l'institution du pneumothorax amélioration progressive, pas de nouvelle poussée évolutive.	Fatigue progressivement croissante.	2 mois 1/2 Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	Très bons, pneumothorax toujours entretenu en 1936.
Amélioration nette. Arrêt du pneumothorax 3 mois avant le début de la gestation interrompue.	État satisfaisant. Au cours de la gestation expectoration de nouveau bacillifère.	3 mois Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	État assez précaire en 1936.
Amélioration nette.	État assez bon. Pas de signes de poussée évolutive.	8 mois Curage digital sous légère anesthésie au chloroforme après dilatation aux lamineaires.	Poussée évolutive droite après la sortie de Baudelocque	Un an après, état satisfaisant.
Début de bilatéralisation constaté quelques mois avant cette gestation.	Amélioration de l'état de la malade. Régression des lésions.	2 mois 1/2 Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants. Évolution après la sortie de Baudelocque.	Mort 3 ans 1/2 après l'intervention.
Pas de poussée évolutive.	État satisfaisant. Pas de poussée évolutive.	4 mois Curage digital sous légère anesthésie après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	Mort 14 mois après l'intervention.
Amélioration.	Fléchissement de l'état général. Pas de poussée évolutive de la tuberculose.	3 mois 1/2 Après dilatation aux lamineaires, expulsion spontanée du contenu utérin.	Satisfaisants.	
Accouchement avec suites de couches normales. État satisfaisant.	État satisfaisant. Pas de poussée évolutive.	2 mois 1/2 Curage digital avec anesthésie générale après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	

TABLEAU II. — *Avortements pratiqués par extension des*

N° de l'Obs.	Age	Parité	Début de la Tuberculose avant le début de la gestation interrompue	Traitement	Évolution de la Tuberculose au cours de gestations antérieures.
IX 1479 1930	20 ans	III	20 mois Tuberculose pulmonaire excavée du lobe supérieur droit.	Pneumothorax artificiel droit institué immédiatement, 2 mois plus tard épanchement liquidien du côté du pneumothorax. 11 mois après le début du pneumothorax, oléothorax pendant 6 mois puis reprise du pneumothorax.	2 mois 1/2 après l'ins-ti et 11 mois après le 1 ^{er} ac-cou- seconde gestation. État-ti-tution de l'oléothorax-maturé (8 mois) mort au cours de l'accouchement précaire persistant jusqu'au
XI 2606 1930	18 ans	I	6 mois	Pneumothorax artificiel droit institué 1 mois 1/2 après le début de la gestation interrompue.	
XII 3027 1931	32 ans	I	8 ans 1/2 Tuberculose pulmonaire bilatérale avec prédominance des lésions à gauche.	Pneumothorax artificiel gauche entretenu seulement pendant 2 ans. Cure hygiéno-diététique.	
XIX 170 1934	25 ans	I	25 mois Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée.	Pneumothorax artificiel gauche, immédiatement institué compliqué d'un épanchement liquidien pendant quelques mois.	
VIII 623 1934	23 ans	III	3 ans 4 mois	Aucun traitement collapsothérapique.	Tuberculose unilatérale gauche ayant débuté avec la 1 ^{re} gestation suivie 6 mois plus tard d'une nouvelle gestation assez bien supportée mais accompagnée d'une extension des lésions.
XVIII 2527 1933	21 ans	II	1 mois	Pneumothorax artificiel impossible. Traitement aurique.	Tuberculose ayant débuté 6 mois après le 1 ^{er} accouchement.
XXII 510 1935	32 ans	I	8 ans Tuberculose pulmonaire droite.	Traitement aurique et repos pendant 7 ans.	
XXV 2290 1935	15 ans 1/2	I		Aucun traitement collapsothérapique.	

directives admisés en principe à la clinique Beaudelocque.

Évolution de la Tuberculose dans l'année qui a précédé la gestation.	État au moment du début de la gestation interrompue et évolution au cours de cette gestation.	Date et Technique de l'Interruption.	Résultats	
			immédiats	éloignés
Évolution du pneumothorax couchement, début d'une assez précaire jusqu'à l'ins-Naissance d'un débile pré-6 jours. Hémoptysie au 6. de C. subfébriles, état début de la III ^e gestation.	État général précaire. Pas de poussée évolutive.	2 mois 1/2 Après dilatation aux lamineaires expulsion spontanée du contenu utérin.	Très bons, sortie au 4 ^e jour.	Excellents. Gest. en 1931, gest. en 1935. Arrêt du pneumothorax en fin 1933.
2 poussées évolutives près le début apparent de la Tuberculose, la dernière était éteinte depuis quelques jours lors du début de la gestation.	État général assez précaire. Pas de poussée évolutive.	2 mois 1/2 Après dilatation aux lamineaires expulsion spontanée du fœtus. Curage pour extraction du placenta.	Très bons.	Excellents. Pneu-mo encore entre-tenu en 1936.
État général satisfaisant. Pas de poussée évolutive.	Bon état général. Mais au cours de la gestation constitution d'un épanchement pleural gauche. Expectoration bacillifère.	3 mois 1/2 Après dilatation aux lamineaires. pose d'un ballon de Champetier suivi de l'expulsion en deux temps du contenu utérin.	Satisfaisants.	Bons.
État général satisfaisant. Pas de poussée évolutive.	Bon état général. Existence de « quelques taches du côté symétrique ».	3 mois Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Très bons. Arrêt du Pneumothorax (symphyse pleurale)	Bons.
Amélioration.	Dès le début de la gestation poussée évolutive : Tuberculose pulmonaire évolutive bilatérale.	3 mois Curage digital après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	3 ans après état général satisfaisant, lésions bilatérales torpides. Expectoration bacillifère.
Tuberculose ayant débuté 1 mois avant la gestation interrompue.	Peu de modification dans l'état de la malade. Pas de poussée évolutive.	4 mois Expulsion du contenu utérin après dilatation aux lamineaires et pose d'un ballon.	Poussée évolutive dans les suites opératoires. Phrénicectomie.	État en légère amélioration 3 ans après.
4 mois avant le début de gestation poussée évolutive franche. Pneumothorax impossible. Persistance d'un mauvais état général.	Persistance du mauvais état général. Pas de poussée évolutive.	3 mois Curage digital avec anesthésie régionale après dilatation aux lamineaires.	Satisfaisants.	État précaire 1 an 1/2 après l'avortement.
	Tuberculose ulcéro-caséuse gauche très évolutive (bilatéralisation) ayant débuté après de début de la gestation.	3 mois 1/2 Curage digital avec anesthésie régionale après dilatation aux lamineaires.	Poussée évolutive dans les suites opératoires. Institution d'un pneumothorax gauche.	Près d'un an après état amélioré.

TABLEAU II. — *Acortements pratiqués par extension des*

N° de l'Obs.	Age	Parité	Début de la tuberculose avant le début de la gestation interrompue	Traitement	Évolution de la Tuberculose au cours de gestations antérieures.
V 128 1929	25 ans	II	7 ans Diagnostic de Tuberculose pulmonaire unilatérale droite affirmé 2 ans avant la gestation interrompue.	Pneumothorax artificiel droit institué lors du diagnostic mais interrompu au bout d'un an au cours de la 1 ^{re} gestation.	Sous l'influence du traitement au cours de la 1 ^{re} gestation la suivante et 8 mois après rax nécessité d'interrompre de la 1 ^{re} gestation normales de couches.
VI 240 1929	23 ans	II	6 mois Tuberculose pulmonaire bilatérale lobaire supérieure droite et cavitaires gauche.	Double pneumothorax artificiel efficace.	Aucune gestation depuis le début de la Tuberculose.
XXIV 1485 1935	30 ans	III	4 ans 2 ans plus tard. Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse gauche.	Pneumothorax impossible. Phrénicectomie et t ¹ aurique.	Aucune gestation depuis le début de la Tuberculose.
XIV 352 1932	23 ans	I	2 ans 9 mois Tuberculose ulcéro-caséuse lobaire droite.	Pneumothorax impossible. Phrénicectomie droite.	
IV 2405 1928	28 ans	V	14 mois	Aucun traitement phthisiologique actif.	Début 2 mois 1/2 après la 4 ^e gestation (avortement de 4 mois 1/2).
XIII 3094 bis 1931	24 ans	IV	7 ans Tuberculose ulcéro-caséuse avec ramollissement du lobe supérieur droit.	Institution immédiate d'un pneumothorax artificiel droit efficace abandonné par la malade 2 ans plus tard. 7 ans après le 1 ^{er} , 2 ^e Pneumothorax à gauche partiel institué 3 mois avant le début de la gestation.	1 ^{re} gestation en 1927 sans incident. II ^e gestation en 1928 accouchement prématuré sans incident pulmonaire pour la mère. III ^e gestation en 1929 pénible, laissant la femme avec un état précaire. 10 mois après, poussée évolutive.
XXIII 551 bis 1935	16 ans	I	En même temps que la gestation.		
XXVI 1449 1936	25 ans	I	En même temps que la 1 ^{re} gestation.		

directives admises en principe à la clinique Baudeloque (suite).

Évolution de la Tuberculose dans l'année qui a précédé la gestation.	État au moment du début de la gestation interrompue et évolution au cours de cette gestation.	Date et Technique de l'Interruption.	Résultats	
			immédiats	éloignés
tement amélioration mais ayant débuté 1 an avant le début du pneumothorax. S. de C. Hémoptysie lors du retour	Hémoptysie et expectoration bacillifère à la date des premières règles absentes. Bilatéralisation des lésions.	3 mois Curage digital avec légère anesthésie après dilatation aux laminaires.	Satisfaisants. Expectoration toujours bacillifère.	III ^e gestation non interrompue un an après. IV ^e gestation 1 an plus tard, avortement spontané. Mort 3 ans après l'A. T.
Depuis le début de la Tuberculose remontant à 6 mois avant la gestation, pas de poussée évolutive.	État satisfaisant. Pas de poussée évolutive.	2 mois	Très bons.	Arrêt par la maladie du double pneumo. 7 mois après l'A. T. Mort 23 mois après l'AT.
Poussée évolutive 1 mois 1/2 avant la gestation. Extension des lésions.	État précaire. Expectoration bacillifère.	2 mois 1/2 Curage digital avec anesthésie régionale après dilatation aux laminaires.	État fébrile.	Mort 9 mois après l'intervention.
Extension des lésions. Expectoration constamment bacillifère.	État précaire. Extension des lésions.	3 mois 1/2 Curage digitale sous légère anesthésie après dilatation aux laminaires et pose d'un ballon de Champetier.	État fébrile.	Mort 8 mois après l'intervention.
3 poussées évolutives en un an, la dernière remontant à 4 mois avant la gestation interrompue.	Nouvelle poussée évolutive au 1 ^{er} mois de la gestation. Lésions bilatérales prédominant à droite.	4 mois Hystérectomie subtotale.	Évolution des lésions.	Mort 5 mois après l'intervention.
1 an après la précédente poussée évolutive et 3 mois avant le début de la gestation interrompue poussée évolutive.	État précaire. Pas de poussée évolutive.	2 mois 1/2 Curage digital après dilatation aux laminaires.	État subfébrile.	Mort 4 mois après l'intervention.
	Au début de la gestation hémoptysie abondante et à répétition, lésion pulmonaire droite excavée.	2 mois 1/2 Curage digital sous anesthésie générale après dilatation aux laminaires.	Amélioration. la malade refuse le pneumothorax.	
	Au 3 ^e mois de la gestation. Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée, pneumothorax impossible.	3 mois 1/2 Curage digital sous anesthésie régionale après dilatation aux laminaires.	Poussée évolutive.	

CHAPITRE III

ÉTUDE DES RÉSULTATS

L'étude des résultats de l'avortement thérapeutique ne peut être indiqué par un chiffre sec donnant un pourcentage de morts et de guérisons, parce qu'il faut distinguer très nettement les résultats immédiats et proches de l'opération d'une part, de l'avenir éloigné des femmes avortées d'autre part.

La distinction est capitale.

Il est bien certain qu'on ne saurait inscrire au passif ou à l'actif de l'avortement un décès qui surviendrait deux ou trois ans après lui. Il n'en resterait pas moins qu'on pourrait se demander légitimement s'il est utile d'interrompre la gestation d'une femme dont l'avenir serait aussi limité. Donc il ne suffit pas de connaître l'avenir immédiat des femmes pour se faire sur la valeur de l'avortement une opinion légitime. Il faut savoir aussi ce que peut être ultérieurement l'existence d'une ancienne avortée. D'où une première difficulté pour juger.

Il y en a une seconde ; même si l'on ne tient compte

que de l'avenir immédiat, un jugement correct est difficile. Il est, en effet, de mauvais résultats qui sont imputables à une absence plus ou moins totale de soins. Par exemple, la malade de l'obs. VI, qui menait une vie très fatigante, abandonna d'elle-même son pneumothorax bilatéral 8 mois après l'avortement. Il est bien sûr qu'une telle observation peut contribuer à alourdir une statistique sans apporter d'arguments valables contre une méthode thérapeutique.

C'est donc avec des réserves que nous allons étudier :

1^o les résultats immédiats et proches de l'avortement thérapeutique ;

2^o l'avenir éloigné des malades.

Le tableau suivant fixera tout de suite les idées. Il indique en bloc l'avenir immédiat et éloigné des femmes qui ont subi l'avortement.

	Nombre de malades suivies	Bien portantes	Vivantes Malades	Mortes
6 mois après.....	23	15	6	2
1 an après.....	19	11	6	2
2 ans après.....	12	8	2	2
3 ans après.....	9	7	1	1
4 ans après.....	8	7	0	1
Plus de 5 ans après...	5	5	0	0

I. — Résultats immédiats et proches de l'avortement thérapeutique

A. Résultats immédiats

Le comportement des femmes dans les suites opératoires est en général, mais inconstamment, satisfaisant.

Dans 3 cas l'interruption a été suivie d'une poussée évolutive évidente immédiate.

L'une de ces malades est celle dont l'interruption a été réalisée par hystérectomie (Obs. IV). Elle a fait une poussée évolutive après l'opération qui a évolué avec une extrême rapidité (cf. courbe de température) suivant le mode habituel des poussées du post-partum tel que l'a décrit M. LACOMME. Des 2 autres femmes, aucune n'a présenté de poussée aiguë analogue. Néanmoins l'évolution de la tuberculose après l'avortement a été nette, l'une (Obs. XXV) a pu être enrayée par un pneumothorax, l'autre (Obs. XXVI) est de toutes les opérées la plus récente : elle évoluait à sa sortie du service. Nous savons actuellement que 4 mois après son avortement la femme est dans un état précaire.

Il sera très intéressant de savoir ce que ces malades sont devenues. Nous insistons sur cet intérêt parce que la poussée évolutive fébrile qui suit l'accouchement à terme et qui se déclenche dans les 24 ou 48 heures après l'expulsion de l'enfant est d'une gra-

vité qui comporte presque 100 % de mort dans un délai d'un an. Jusqu'à présent le comportement de 2 malades sur 3 qui ont présenté des poussées évolutives aussitôt après leur avortement ne semble pas indiquer une aussi haute gravité.

Ces trois cas démontrent cependant que *l'interruption de la gestation peut parfaitement avoir sur la tuberculose une influence néfaste*. Nous considérons cette remarque comme très importante. Elle interdit, en effet, de pratiquer l'avortement avec l'arrière pensée que s'il reste inefficace il ne sera tout au moins pas nuisible. Son action nuisible nous paraît au contraire bien démontré dans quelques cas. Et il nous paraît important de noter que ces cas sont précisément parmi ceux qui s'écartent le plus du principe général qui avait été admis initialement à la Clinique Baudelocque pour la position des indications et que nous avons exposé longuement page 7 et suivantes.

Ces 3 cas que nous venons d'analyser un peu longuement sont les seuls qui permettent de tirer quelques déductions utiles.

D'autres femmes que celles-là ont, en effet, présenter de la fièvre plus ou moins dans les suites immédiates de leur avortement. Mais pour quelques unes il ne semble pas douteux que l'opération elle-même en soit la cause (Obs. VIII-X-XV-XVI-XXI-XXII).

D'autres sont plus douteuses. 4 fois il y eut un état subfébrile constant (Obs. III-XIII-XIV-XXIII). Dans 3 cas (Obs. XVII-XVIII-XXIV) la tempéra-

ture subit à un moment variable des suites opératoires une ascension progressive en 2 à 3 jours, se maintient oscillante au-dessus de 38° pendant quelques jours puis subit une descente progressive symétrique de l'ascension initiale.

Si dans quelques cas la fièvre pouvait être imputé à une infection locale consécutive à l'acte opératoire, l'impossibilité dans les suites opératoires immédiates de faire des examens radioscopiques laissent planer un doute sur l'origine de la fièvre constatée. Il est possible que quelques malades aient amorcé une évolution tuberculeuse. Pour cette raison ou par une simple coïncidence, nous constatons que sur les 7 femmes ayant eu ainsi des suites opératoires fébriles 3 sont mortes moins d'un an après, 1 est morte 3 ans 1/2 après, une autre conserve 3 ans après un état très précaire, pour les 2 dernières nous n'avons pu avoir de résultats suffisamment éloignés.

Ne retenons donc que les faits bien établis.

Des résultats opératoires immédiats il nous semble se dégager deux notions qui méritent d'être conservées :

1° *l'interruption de la gestation est capable de déclencher une poussée évolutive fébrile et cette poussée peut être extrêmement grave ;*

2° *les femmes chez qui l'interruption déclenche cette poussée semblent être surtout des femmes dont la maladie évoluait au moment de l'interruption et dont la température n'était pas absolument normale.*

B. L'année qui suit l'intervention

Nous examinons les résultats au bout d'une année parce que cela paraît être le terme où l'on peut logiquement borner l'influence d'une gestation et d'une interruption sur la tuberculose. Terme arbitraire certes, mais si la malade ne survit pas au moins un an l'opération est vraiment dépourvue d'intérêt médical, et si la malade meurt après un an il est difficile d'en accuser l'intervention.

Envisageons d'abord les six premiers mois de cette année.

Il n'est que de regarder le tableau de la page 23 pour constater que dans les 6 mois qui suivent l'avortement sur 23 malades toutes sauf 2 (Obs. IV-XIII) restent vivantes. Quelques unes sont très bien portantes. Quelques-unes sont malades mais elles vivent ; 2 en particulier (et peut-être d'autres qui nous sont restées inconnues) ont fait cependant des poussées évolutives après leur sortie du service (Obs. III et XVII). Cette évolution n'est pas sans rappeler ce qui se passe assez souvent dans les semaines qui suivent l'accouchement à terme.

Mais dans l'ensemble on peut dire que les six mois qui suivent l'interruption sont relativement satisfaisants ; relativement seulement car si nous faisons le total nous trouvons 2 morts, et 6 malades sérieuses dont 2 ont fait une poussée aussitôt après l'avortement ainsi que nous l'avons vu plus haut. Si nous

ajoutons encore l'obs. XXVI qui n'est pas encore avortée depuis 6 mois, nous avons un passif important. Il semble néanmoins acceptable.

Mais poursuivons ; car la fin de l'année est moins bonne que sa première moitié. A la fin de la première année 2 autres (Obs. XIV et XXIV) malades sont mortes ; et nous ne comptons pas la malade n° X morte 14 mois après l'intervention. Au total au bout d'un an environ le nombre des morts s'élève à 4 sur 19 malades suivies.

De ces 5 morts nous retrouvons une femme (Obs. V) ayant présenté immédiatement une poussée évolutive grave, 3 autres (Obs. XIII, XIV, XXIV) ont présenté dans les suites opératoires ou un état subfébrile constant ou un état fébrile passager ; la 5^e n'avait présenté immédiatement qu'un état subfébrile très passager.

Enfin, à coté des morts nous sommes obligés de reconnaître qu'un certain nombre de femmes se trouvaient dans un état précaire 1 an environ après l'avortement (Obs. III, VI, XVIII, XXII, XXV).

Concluons donc que l'avenir immédiat et proche des malades, c'est-à-dire, *le comportement des femmes dans l'année qui suit l'avortement est médiocre.*

La tuberculose est certes toujours une maladie grave comportant une mortalité inévitable. Cependant, 5 morts sur 19, un certain nombre de femmes dans un état précaire, ce bilan permet bien de penser que les résultats de l'opération ne sont pas à l'abri de toute discussion. Or il faut souligner qu'étant

donné l'état en général très bon des femmes au moment de l'avortement, ce bilan semble être un des meilleurs qui se puisse obtenir. Et nous en arrivons alors à nous demander si les résultats obtenus sont bien différents de ceux qu'aurait donné l'abstention, c'est-à-dire la libre évolution d'une gestation jusqu'à terme.

II. — L'avenir éloigné des femmes avortées

Le délai d'un an est intéressant parce qu'il donne les résultats rapprochés de l'opération et que dans une certaine mesure il permet d'apprécier les risques opératoires. Mais, ce délai passé, que deviennent les malades ? Même si la façon dont elles se comportent alors n'a plus de rapport direct avec l'avortement qu'elles ont subi, il n'en est pas moins vrai que nous ne saurions nous en désintéresser. L'interruption de la gestation nous paraîtra en effet d'autant plus admissible que les survivantes de la première année auront un avenir meilleur ; ou au contraire d'autant plus décevante que leur avenir sera plus médiocre et plus borné.

Pour juger avec certitude de l'avenir éloigné des malades nous ne disposons pas, à vrai dire, d'un nombre d'observations suffisant. Nous pouvons cependant prendre sur ce point une idée approximative en recherchant ce que sont devenues les malades avortées les plus anciennes.

Nous avons ainsi réparti nos observations en deux groupes : le groupe des avortements très anciens effectués de 1925 à 1930 ; et le groupe des avortements plus récents mais datant d'au moins deux ans, effectués de 1931 à 1934.

Les constatations essentielles que l'on peut ainsi faire sont les suivantes :

Malades avortées de 1925 à 1930 (donc depuis plus de 5 ans).

Total = 11.

Vivantes actuellement : 5. Mais deux de ces malades sont dans un état précaire.

Avenir douteux : 1. (Cette femme était vivante trois ans encore après l'opération).

Mortes : 5, dont 1 au cours de la première année et 4 plus d'1 an après l'opération.

Malades avortées de 1931 à 1934 (donc depuis plus d'un an mais moins de 5 ans).

Total : 10.

Vivantes actuellement : 5, mais une de ces femmes est dans un état précaire.

Avenir douteux : 3 (2 de ces femmes étaient vivantes 1 an environ après l'intervention).

Mortes : 2 (mais les deux femmes sont mortes au cours de la première année qui a suivi l'opération). Aucune n'est morte plus d'un an après.

Sensiblement égales par le nombre de malades, mais inégales par le recul, ces deux tranches d'observations montrent des différences assez sensibles.

La première est franchement mauvaise. Cinq ans

pleins au moins après l'avortement, une opérée sur deux à peine, survit.

La deuxième est moins décevante. Elle montre en effet qu'après les deux morts qui représentent le passif de la première année sur lequel nous n'avons pas à revenir, toutes les femmes dont l'avenir est connu survivent. Il est vrai que pour trois autres femmes l'avenir est douteux.

La différence de recul explique-t-elle la différence de résultats ? Les cas ont-ils été mieux choisis ? Les chiffres sont-ils vraiment trop faibles pour exclure les causes d'erreur ? Autant de questions que nous laisserons sans réponse en remarquant cependant que les avortées les plus anciennes sont actuellement mortes dans une proportion très importante et que cette mortalité fait naître des craintes pour l'avenir éloigné des avortées plus récentes,

Au total, le bilan des résultats de la première année n'était pas bon. Le bilan des années qui suivent, à en juger par le petit nombre d'observations dont nous disposons, n'est pas meilleur.

Aurait-il été moins bon encore si l'on avait laissé la gestation évoluer ? Nous ne saurions le dire, mais nous pouvons dire que *ni les résultats immédiats, ni l'avenir ultérieur des malades n'ont répondu aux espoirs qui avaient été fondés sur l'avortement lorsque l'expérience que nous avons relatée a été entreprise à la Clinique Baudelocque.*

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS ENVISAGÉS EN FONCTION DES INDICATIONS. L'ENSEIGNEMENT A TIRER DE L'EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Nous avons distingué en ce qui concerne les indications deux groupes de cas :

1^o Les cas dans lesquels on a appliqué strictement le principe de n'avorter que des femmes dont la maladie était en voie de stabilisation ;

2^o Les cas dans lesquels le principe a été appliqué de façon moins rigoureuse et où les médications ont été un peu élargies.

Or nous n'avons jusqu'à présent envisagé les résultats qu'en bloc sans tenir compte de cette distinction.

Il nous faut maintenant rapprocher le chapitre des indications du chapitre des résultats, car si les résultats d'ensemble ne sont pas bons nous trouverons peut-être dans ce rapprochement le moyen de les améliorer.

Il suffit de consulter le tableau I que nous appelle-

rons par convention le tableau des indications strictes pour constater :

1^o qu'il ne montre aucune mort dans la première année, mais deux dans la suite ;

2^o qu'il ne montre aucune poussée évolutive aussitôt après l'opération, mais seulement deux poussées après la sortie du service.

Les résultats immédiats de l'opération sont donc satisfaisants.

Les résultats éloignés sont par contre médiocres : deux morts et une femme dans un état actuellement précaire.

Par opposition à ce tableau I, consultons le tableau II que nous appellerons par convention le tableau des indications élargies. Nous constatons facilement :

1^o qu'il relate quatre morts avant la fin de la première année et deux morts dans la suite ;

2^o que quatre femmes ont fait des poussées évolutives plus ou moins rapidement après l'opération.

Les résultats immédiats sont donc nettement moins favorables que pour les malades du groupe précédent.

Les résultats éloignés par contre sont sensiblement les mêmes : deux morts sont survenues deux à trois ans après l'avortement. Plusieurs malades restent dans un état précaire.

De la comparaison des deux groupes il semble donc résulter que les résultats immédiats de l'avortement

sont beaucoup meilleurs si l'on suit strictement le principe des indications que nous avons admis que si l'on s'en écarte. Mais il apparaît au contraire que, la première année passée, les malades du premier groupe et celles du second se comportent sensiblement de la même façon.

Si, du petit nombre d'observations dont nous disposons, nous pouvons être autorisé à tirer une conclusion, nous devons donc admettre que l'avenir éloigné des malades nous échappe mais que nous pouvons espérer améliorer les résultats immédiats en restreignant les indications opératoires.

Il reste à savoir si ces conclusions laissent persister le droit d'avorter les malades.

En effet, restreindre les indications opératoires strictement aux cas très favorables des malades dont la tuberculose est en très bonne voie de stabilisation, n'est-ce pas limiter l'opération aux cas qui pourraient s'accommoder sans dommage de l'évolution d'une gestation jusqu'à terme ? L'avortement est-il dans ces cas encore vraiment thérapeutique ou est-il déjà inutile et superflu ?

Si, par surcroît, on pense qu'un an après l'opération la maladie pourra se comporter de façon quelconque et reprendre peut-être son évolution vers la mort, on sent croître ses doutes. L'avortement, s'il n'est pas superflu a une efficacité si courte que son utilité est évidemment discutable.

Au début de ce travail nous avons admis que le

domaine de l'avortement thérapeutique, si un domaine existe pour lui, devait se situer entre les formes trop graves qui tuent toujours, et les formes trop peu graves qui laissent toujours survivre. Entre le trop et le trop peu nous indiquons que la marge n'était peut être pas très large. Notre étude nous amène à penser qu'elle est en réalité très étroite et que les indications de l'avortement sont réellement rares. Presque toujours la Tuberculose est trop grave et lorsqu'elle n'est pas trop grave on peut toujours se demander si elle l'est assez pour justifier l'opération.

Et l'importance du doute auquel on arrive prend toute sa valeur lorsqu'on songe que l'enfant né de mère tuberculeuse peut parfaitement être un enfant robuste et sain (1).

Doit-on alors admettre que l'avortement doit être abandonné en cas de Tuberculose ? Non, mais nous pensons qu'il faut l'abandonner comme moyen thérapeutique habituel et le réserver à quelques cas particuliers. C'est dire qu'il ne nous semble pas exister d'indications impérieuses et indiscutables mais seulement des indications relatives.

Cette idée nous semble s'imposer après la lecture de nos observations. Il est clair dès lors que nous ne proposons pas pour conclure des directives nouvelles et formelles concernant les indications de l'avortement thérapeutique dans la Tuberculose pulmonaire.

(1) COUVELAIRE et LACOMME. — L'état actuel de nos connaissances sur l'« hérédité » de la tuberculose. Modalités. Conséquences médico-sociales (*La Médecine*, XII, Supplément, n° 3, février 1931).

Nous résumerons seulement notre pensée en disant :

1^o *que cette opération doit rester rare ;*

2^o *que ses indications doivent se rapprocher le plus possible du principe que nous avons formulé au début de ce travail ;*

3^o *que l'extension des indications à des cas plus sérieux n'est probablement pas recommandable ;*

4^o *que toutes les femmes même qui entrent dans la catégorie des malades visées par le principe ne méritent pas l'avortement et que pour se décider il faut tenir compte des circonstances concomitantes.*

M. COUVELAIRE disait dans une de ses leçons, que dans la position des indications de l'avortement chez les tuberculeuses, il entre certainement des considérations d'ordre sentimental. Cela est certain et les circonstances concomitantes ont largement influé dans nos observations et nous pensons qu'elles doivent influencer sur la position des indications dans le cadre étroit des directives que nous avons énoncées.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Nous réunissons les observations des 26 tuberculeuses pulmonaires chez qui fut pratiqué un avortement thérapeutique à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier).

Envoyées uniquement pour la coexistence de la tuberculose pulmonaire et de la gestation, toutes ces malades avaient été adressées par des phtisiologues.

Essayant d'avoir des observations complètes nous avons recherché les documents et renseignements utiles dans les services spécialisés : services hospitaliers, sanatoria, dispensaires qui avaient connu ces tuberculeuses. Nous adressons tous nos remerciements à tous les médecins, chefs de service, qui ont bien voulu nous accueillir favorablement et faciliter notre tâche.

OBSERVATION I

Année 1935, n° 1943 bis

Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure gauche, traitée pendant un an et demi et améliorée par pneumothorax artificiel. — 4 mois après cessation du pneumothorax, interruption à 5 mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — En 1929, femme bien portante.

Mlle S... Raymonde, 26 ans, lingère. 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé à la suite d'une intervention, portant sur la vessie. Mère décédée à 48 ans, ayant 18 enfants dont 6 seulement sont vivants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 11 ans 1/2.

Histoire de la tuberculose.

1923. — En novembre, épisode pulmonaire aigu, avec état général très touché : amaigrissement de 2 kilogrammes, sueurs nocturnes.

Le 21 décembre, hospitalisation à Tenon, dans le service de M. le Dr P.-E. WEILL : lésions du sommet gauche, visibles à la radio. Expectoration bacillifère. Apyrexie. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire lobaire supérieure gauche excavée est porté.

1924. — Le 7 janvier, institution d'un pneumothorax artificiel gauche. Le collapsus n'est que partiel. L'état de la malade reste stationnaire.

Du 20 mars au 8 novembre, séjour à Angicourt. Le pneumothorax toujours partiel est régulièrement entretenu. L'état général s'améliore : reprise de poids, apyrexie. Disparition de la toux, disparition des B. K. de l'expectoration peu abondante. A la sortie du sanatorium, la malade re-

prend son travail, tout en faisant insuffler son pneumothorax toutes les 3 semaines.

1925. — En février, épanchement liquidien du côté du pneumothorax avec fièvre (aux environs de 39°), pendant quelques jours. Expectoration modérée (2 à 3 crachats par jour). A différentes reprises, au dispensaire Léon Bourgeois, des ponctions toutes amicrobiennes furent pratiquées : il en résulta une symphyse de la plèvre qui contraignit d'abandonner le pneumothorax en juillet. Il semble donc, à M. le Dr RIST, « que le *pneumothorax, même réduit en durée a transformé l'évolution de la tuberculose et a amené une guérison qu'il ne resterait plus qu'à consolider* ».

1^{re} gestation.

Du 29 juillet au 3 août. Procréateur, 26 ans, bien portant.

En octobre, examen de M. le Dr RIST : apyrexie. Ni toux, ni expectoration. Matité et respiration diminuée dans tout le champ pulmonaire gauche ; à la base, perception de quelques bruits, peut-être atélectasiques. Radioscopie : poumon gauche rétracté, obscur. Donc, *aucune poussée évolutive au début de la grossesse.*

Le 20 octobre, en raison de l'état de gestation possible, M. le Dr RIST, adressant la malade à M. le Pr COUVELAIRE, écrit : « Si cette malade est enceinte, que faut-il faire ? Je suis, je l'avoue, fort embarrassé. Si tu juges qu'elle n'est pas enceinte, la situation s'éclaircit sans difficulté, mais si elle commence véritablement une grossesse, serait-ce un de ces cas exceptionnels, où un avortement provoqué pourrait être discuté ? Tu sais combien j'aime peu ce genre d'intervention, en matière de tuberculose. Je suis convaincu que l'avortement peut donner tout aussi bien que l'accouchement un coup de fouet à une tuberculose pulmonaire, mais ici, nous sommes complètement désarmés au point de vue thérapeutique à l'égard de cette tuberculose, puisqu'il est impossible de songer au pneumothorax. D'autre part,

dans l'état actuel, les lésions pulmonaires paraissent être totalement torpides sinon éteintes. » M. le P^r COUVELAIRE affirme l'état de gestation et pense qu'en effet, étant donné : la gravité de la première poussée évolutive, l'évolution certaine de la tuberculose depuis un an et demi vers la guérison, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation des lésions, l'impossibilité d'une thérapeutique phthisiologique active, l'absence d'évolution au cours de la gestation actuelle, l'avortement semble justifié.

Le 4 novembre, admission à Baudelocque (pav. Tarnier), Examen obstétrical : utérus développé comme pour une gestation de 3 mois. Le 5 novembre, à 10 heures, pose d'une laminaire n° 12. La femme, dans l'après-midi, a des douleurs de plus en plus rapprochées. A 18 heures, la laminaire est enlevée. Dilatation du col complétée aux bougies de Hégar. Extraction par curage digital du placenta et du fœtus. Évacuation complétée par un léger grattage à la curette mousse au niveau du fond utérin, qui ne peut être atteint que difficilement par le doigt. Hémorragie assez importante s'arrêtant d'ailleurs spontanément après l'évacuation utérine. Injection iodée intra-utérine. Une anesthésie légère au chloroforme a été nécessaire par suite de l'indocilité de la femme.

Suites opératoires normales au point de vue obstétrical et, le 21 novembre, la femme quitte la Clinique Baudelocque avec un état général satisfaisant, n'ayant pas présenté de symptôme d'évolution tuberculeuse.

1926. — En septembre, la femme était bien portante, habitait le Bordelais.

1929. — En septembre, la femme était toujours bien portante.

1936. — N'a pas été retrouvée.

OBSERVATION II

Année 1928, n° 520

Tuberculose pulmonaire droite excavée, paraissant avoir débuté à la suite d'une gestation en décembre 1926 ; pneumothorax artificiel impossible ; état satisfaisant en janvier 1928. — En mars 1928, interruption à 2 mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — En 1931, gestation ; en 1934, persistance d'une cavité sous-claviculaire droite en tissu fibreux, expectoration bacillifère ; femme vivante en 1936.

M^{me} L... Camille, 25 ans, couturière, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père mort subitement à 55 ans. Mère bien portante. Un frère bien portant, un frère tuberculeux, deux frères décédés : un de tuberculose osseuse et pulmonaire, l'autre de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels.

Normalement réglée, depuis l'âge de 12 ans. Rougeole à 6 ans. En 1922, cure de hernie. En 1923, troubles intestinaux avec fièvre ; point douloureux à la base du poumon droit : pleurite (?).

Antécédents obstétricaux.

1926. — 1^{re} gestation : le point douloureux de la base droite réapparaît et persiste. Le 30 novembre, accouchement normal d'un enfant pesant 2 kg. 750, nourri artificiellement, actuellement bien portant. Suites de couches normales ; cependant, la femme se sent fatiguée, a des sueurs nocturnes.

1927. — En février, apparition de la toux avec expectoration. En mars et avril, reprise du travail : Exagération des signes fonctionnels. Fatigue, anorexie, température le matin à 37°, le soir à 37°5, amaigrissement de 2 kilogrammes en 3 mois. Le 13 avril, quelques crachats hémoptoïques.

Le 14 avril, examen au dispensaire Léon Bourgeois : expectoration bacillifère. Radioscopie confirmée par radiographie : Au sommet droit, tâches et marbrures avec une spélonque sous-claviculaire de 5 centimètres de diamètre ; au sommet gauche, quelques tâches et marbrures discrètes. Le 21 avril, hospitalisation dans le service de M. le Dr RIST : Matité de la moitié du champ pulmonaire supérieur droit ; à ce niveau râles consonnants et craquements. Respiration rude et prolongée à gauche.

Le 22 avril, institution d'un pneumothorax artificiel droit. Bon décollement de la base du poumon, le sommet restant adhérent. La température oscille entre 36°8 et 37°5, pas de fatigue, pas de sueurs nocturnes, bon appétit. Pas de toux, 4 à 5 crachats par jour. Le 9 mai, le poumon a tendance à se coller à la paroi. On abandonne le pneumothorax. La malade se sent très bien, ne tousse pas, crache peu, mais l'expectoration est toujours bacillifère. Le 20 mai, reprise de poids de 500 grammes, départ pour la campagne.

1928. — État général amélioré. *Pas de signe d'évolution de la tuberculose.*

2^e gestation.

D. R. du 5 au 10 janvier. — Procréateur bien portant, examiné au dispensaire Léon Bourgeois, en avril 1927.

Le 17 janvier, départ au Sanatorium de Groslay ; expectoration non bacillifère. Le 28 février, examen au dispensaire de Léon Bourgeois : *pas de poussée évolutive de la tuberculose.*

M. le Dr RIST adressant la malade à M. le Pr COUVELAIRE, écrit : « Il me semble que c'est un de ces rares cas où l'interruption de la gestation peut être discutée ». Le 3 mars, hospitalisation à Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen obstétrical : gestation de 6 semaines environ. M. le Pr COUVELAIRE estime en effet que l'avortement est justifié, du fait de la gravité de la première poussée évolutive, ayant débuté à la suite d'une gestation, la lente amélioration depuis un an,

l'impossibilité d'affirmer la stabilisation des lésions, l'impossibilité d'une thérapeutique [phtisiologique active, l'absence d'évolution de la tuberculose au cours de la gestation actuelle.

Le 5 mars, pose d'une laminaire n° 14. Le 6 mars, pose d'une laminaire n° 20. Pas de fièvre. Le 7 mars, à 15 heures, la dilatation du col obtenue par laminaire permet le passage d'une bougie de Hégar n° 14. Dilatation du col aux bougies de Hégar jusqu'au n° 20. Curage digital impossible. Terminaison de l'avortement sous-anesthésie au chloroforme par curettage à la curette mousse. Mèche iodoformée dans l'utérus.

Le 22 mars, après des suites opératoires normales, la femme quitte le service en bon état n'ayant pas présenté de symptôme d'évolution tuberculeuse.

Du 27 mars au 15 juin, séjour à Groslay. Reprise de 2 kg. 500, apyrexie. Expectoration non bacillifère à six reprises différentes. A droite, râles bulleux dans les fosses sus et sous-épineuses, le creux axillaire, les fosses sus et sous-claviculaires. Radioscopie : à droite, sommet assez clair, marbrures à contour assez net entre le hile et la clavicule ; sinus peu mobiles ; l'image annulaire visible à l'entrée du premier séjour, le 17 janvier 1928, ne se voit plus nettement. A gauche, quelques travées linéaires intercléido-hilaires, à contours nets et peu denses ; sinus aigu, clair et mobile. Le 23 octobre, examen à Groslay : nouvelle reprise de poids de 2 kg. 100. Signes d'auscultation plus secs. Aspect radiologique inchangé.

1931. — Gestation bien supportée. Accouchement normal — enfant encore vivant en 1935.

1934. — En avril, examen de M. le D^r RIST : la malade conserve une cavité sous la clavicule droite creusée dans un tissu fibreux, en grande partie infiltré de sels calcaires. Cette cavité n'a aucune tendance extensive, mais elle est à l'origine d'expectoration bacillifère et par conséquent tant qu'elle subsistera, l'avenir doit être réservé. La phré-

nicectomy droite qui peut amener la guérison anatomique complète, devant l'impossibilité de collaber le poumon par un pneumothorax, semble, de tous les traitements à envisager, le préférable.

1936. — En avril, la femme ne put être examinée, mais elle était vivante et se disait bien portante.

OBSERVATION III

année 1928, n° 1993 bis

Tuberculose pulmonaire gauche excavée, paraissant avoir débuté à la suite d'un avortement en août 1926. A partir de décembre, pneumothorax artificiel efficace entretenu. Arrêt de l'évolution vers le milieu de 1927 ; Début de bilatéralisation en février 1928. — En septembre 1928, interruption à deux mois 1/2 d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Suites opératoires subfébriles suivies d'une poussée évolutive. Mort en janvier 1932.

M^{me} F... Marcelle, 34 ans, 5^e gestation,
Antécédents obstétricaux.

En 1924, accouchement normal d'un garçon, nourri artificiellement, mort à 5 ans du croup.

En 1931, accouchement normal d'un garçon nourri au sein, actuellement bien portant.

En 1925, accouchement normal d'une fille nourrie au sein, actuellement bien portante.

En 1926, avortement de trois mois, spontané, suivi de curetage.

Histoire de la tuberculose.

1926. — En août, deux mois après l'avortement : fatigue ; point de côté gauche, toux sans expectoration. En octobre, fatigue, fièvre vespérale (37°8), amaigrissement (1.200 grammes en une semaine, 10 kilos depuis un an)

point de côté gauche persistant, toux, expectoration abondante.

Le 15 novembre, examen radiologique dans une maison de santé : zone d'infiltration parenchymateuse, occupant les 2/3 supérieurs du poumon gauche, avec aspect tacheté et marbré ; dans la région sous-claviculaire, petite image circulaire très suspecte de spélonque ; diminution de l'expansion diaphragmatique, avec feston de l'hémi-diaphragme. Champ pulmonaire droit, sensiblement normal. Le 17 novembre, examen au dispensaire Léon Bourgeois : confirmation des signes radiologiques. Présence de Bacilles de Koch dans l'expectoration. L'institution d'un pneumothorax artificiel gauche est conseillée.

En décembre, petites hémoptysies. Le 27, institution d'un pneumothorax artificiel gauche, régulièrement entretenu par la suite. La malade reste alitée trois mois chez elle. Amélioration progressive : reprise de poids ; toux moins fréquente, expectoration moins abondante, mais bacillifère encore pendant six mois.

1927. — Au milieu de l'année, il semble qu'il y ait eu arrêt de l'évolution.

1928. — En février, épisode pulmonaire aigu, étiqueté grippe, durant une dizaine de jours, au cours duquel la malade fait une hémoptysie. La température ne fut pas prise et aucun examen bacilloscopique pratiqué.

Le 8 juin, examen au dispensaire Léon Bourgeois : début de bilatéralisation.

5^e Gestation.

D. R. — Milieu de juin. Procréateur bien portant. En septembre : Examen du dispensaire Léon Bourgeois : pneumothorax gauche avec bilatéralisation droite *en voie de régression*.

A la clinique Baudelocque, où l'on avait pas eu de renseignements exacts sur la poussée évolutive survenue en février, on décide d'*interrompre la gestation* chez cette mère

de deux enfants, en raison d'une première poussée évolutive grave à la suite d'un avortement, l'arrêt depuis un an de l'évolution de cette tuberculose active, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation des lésions, l'absence de poussée évolutive au cours de la gestation.

Le 11 septembre, pose d'une laminaire. Le 12 septembre, curage : fœtus de 2 mois environ, placenta morcelé. Anesthésie mal supportée.

Suites opératoires : état subfébrile à type rémittent. Expectoration non bacillifère. A l'auscultation pas de signes de poussée évolutive. Rentrée chez elle au 17^e jour, après l'avortement, la malade aurait fait une poussée évolutive droite. Un double pneumothorax aurait été proposé.

1929. — En septembre, état général précaire. Repos à la campagne.

1930. — En mai, état légèrement amélioré.

1932. — Le 7 janvier : mort.

OBSERVATION IV

Année 1928, n^o 2405

Tuberculose pulmonaire bilatérale diffuse non traitée semblant avoir débuté deux mois 1/2 après un avortement ; trois poussées évolutives en un an. Début de gestation 4 mois environ après la fin d'une poussée évolutive. — Nouvelle poussée évolutive au premier et au 3^e mois de la gestation ; hystérectomie subtotale atypique à 4 mois. — Suites opératoires poussée évolutive très sévère ; pneumothorax spontané droit ; mort en mars 1929, 4 mois après l'intervention.

M^{me} S... Simone, 28 ans, 5^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père emphysémateux décédé en octobre 1928. Mère bien portante. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 12 ans 1/2. — Grippe en 1918.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation : le 8 février 1922 accouchement d'un garçon nourri au sein actuellement bien portant.

2^e gestation : le 14 août 1924, accouchement d'une fille nourrie au sein actuellement bien portante.

3^e gestation : le 14 août 1925, accouchement d'une fille, nourrie au sien bien portante.

4^e gestation : en février 1927, avortement de 4 mois 1/2 suivi d'une métrosalpingite.

Histoire de la tuberculose.

1927. — En mai, deux mois 1/2 environ après l'avortement : asthénie, perte d'appétit, amaigrissement. Toux et expectoration muco-purulente.

De juin à août, amélioration : reprise du poids ; disparition de la toux.

En août : température vespérale fréquemment à 38°. Amaigrissement, asthénie. Réapparition de la toux et de l'expectoration ; le 17, hémoptysie (1/2 verre en 2 fois).

De septembre à janvier : Légère amélioration, reprise de poids 1 kilogramme. Cependant, en novembre examen dans un dispensaire : expectoration bacillifère. Radioscopie : tâches et marbrures sous la clavicule gauche. L'institution d'un pneumothorax est refusée par la malade.

1928. — En février, malgré le repos, nouvelle poussée évolutive : asthénie, amaigrissement, fièvre (38°5-39°) apparition d'un point de côté ; toux plus fréquente, expectoration plus abondante.

D'avril à juillet : reprise de poids, atténuation des signes fonctionnels, donc *latence de la tuberculose*.

5^e gestation : D. R. Du 5 au 10 juillet 1928. Procréateur bien portant.

En août : fièvre, asthénie, anorexie, amaigrissement, toux fréquente, expectoration abondante.

En septembre, amélioration de l'état général.

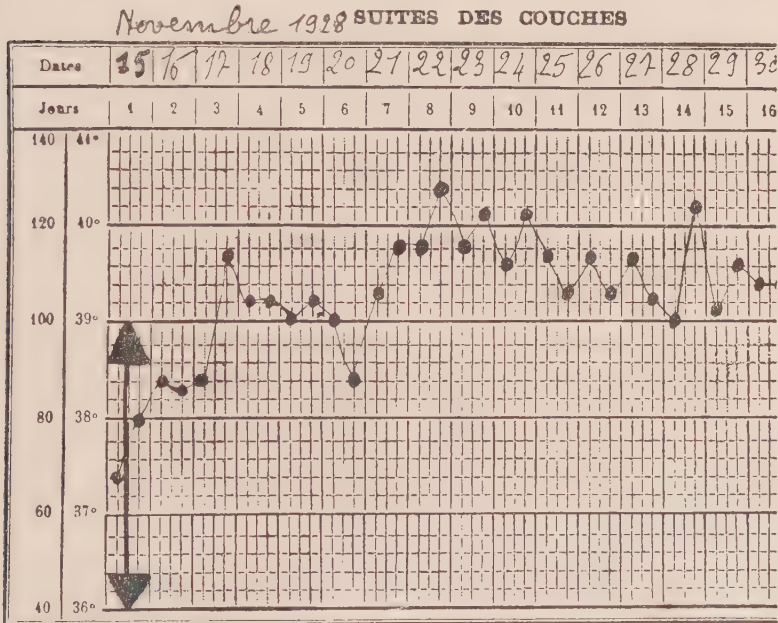
Au début d'octobre nouvelle poussée évolutive. Le 10, la malade est admise dans le service de M. le P^r LEMIERRE. Elle présente alors de grosses lésions tuberculeuses du poumon gauche, des lésions moins diffuses mais encore importantes (petite caverne) du côté droit.

Le 6 novembre la malade est adressée à la clinique Baudelocque, M. le P^r LEMIERRE demandant à M. le P^r COUVELAIRE que soit pratiqué un avortement thérapeutique. Examen obstétrical : Utérus gravide de 3 mois 1/2 environ. Examen pulmonaire : A gauche, matité de la fosse sous épineuse, râles sous crépitants et pectoriloquie à ce niveau ; au sommet droit, expiration forte et prolongée. Radiographie : infiltration nodulaire de la totalité du champ pulmonaire gauche avec présence d'une image cavitaire à la partie externe de la région sous-claviculaire ; à droite ombres et marbrures dans tout le champ pulmonaire. Expectoration bacillifère. Apyrexie. *En raison de l'impossibilité de toute thérapeutique active, susceptible d'enrayer l'évolution rapide phthisiologique des lésions*, M. le P^r COUVELAIRE consentit à faire pratiquer une *Hystérectomie*.

Le 15 novembre, laparotomie médiane sous ombilicale. Extériorisation de l'utérus gravide sans pincer la paroi utérine. Section des pédicules utéro-ovariens selon la technique habituelle. Les pinces sur les utérines sont placées très bas. L'hystérectomie est pratiquée de façon à enlever toute la portion sus-vaginale du col. Ligature. Péritonisation. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans. Drainage.

Au point de vue des suites opératoires, il n'y eut pour ainsi dire aucun incident. Cependant, la toux presque incessante dans les premiers jours fit sauter quelques agrafes. La petite plaie qui en résulta resta superficielle et se cicatrisa rapidement. Mais dès le lendemain de l'hystérectomie, la température s'éleva (Cf. Courbe de température), la toux

et l'expectoration augmentèrent considérablement. Dès la fin de la première semaine, on trouvait du gargouillement à la partie moyenne du poumon gauche, et des râles bulleux disséminés dans tout le côté droit. Quelques jours après, apparut un pneumothorax spontané à droite, vérifié par



la radiographie. La malade sortit chirurgicalement guérie le 22^e jour mais son état général était précaire, la température se maintenait entre 39° et 40°.

1929. — La malade aurait fait un pneumothorax spontané à gauche quelques jours avant sa mort survenue en mars.

OBSERVATION V

année 1929, n° 128

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, excavée, traitée par pneumothorax artificiel, interrompu au bout d'un an, au cours de la première gestation. Au début de la seconde gestation suivant de trois mois la précédente, bilatéralisation des lésions. — En janvier 1929, interruption à trois mois de la 2^e gestation, accompagnée de poussée évolutive. — En mai 1930, accouchement ; en janvier 1931, avortement. En novembre 1932, mort.

Mlle T... Eugénie, 25 ans, ancienne ouvrière d'usine, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père bien portant. Mère morte de tuberculose pulmonaire à 32 ans ; la malade avait alors 8 mois 1/2 et était restée sans cesse en contact avec sa mère. Une sœur morte à 28 mois de méningite tuberculeuse. Un frère tuberculeux depuis 1925 soigné jusqu'en 1926 par sa sœur. La malade a soigné en 1922 et 1926 ses deux tantes tuberculeuses décédées depuis.

Antécédents personnels.

Réglée depuis l'âge de 13 ans ; règles douloureuses, irrégulières, durant une semaine. — En 1918 ; ablation des amygdales et végétations. En 1923, incontinence d'urine, à la suite de violents efforts guérie après hystéropexie.

Histoire de la tuberculose.

En 1921, Hémoptysie soudaine, très (?) abondante. Aucun repos. Température non prise. Toux et expectoration surtout le matin. Aucun arrêt de travail. Aucun examen radiologique. Aucun examen bacilloscopique. En 1923. Dans un dispensaire en province, on aurait trouvé une lésion gauche. La malade ne se soigna jamais. En septembre

1926, quelques semaines après son arrivée, à Paris, asthénie très marquée, amaigrissement, toux permanente, intense, empêchant le sommeil avec expectoration souvent striée de sang.

Le 27 décembre admission à Tenon dans le service du Dr LOEPER où l'on fit le diagnostic de Tuberculose unilatérale droite : présence de Bacilles de Koch dans l'expectoration. La température se maintint subnormale (ne dépassant jamais 37°7).

1927. — Le 3 février : institution d'un pneumothorax artificiel droit. Immédiatement amélioration de l'état général ; toux moins fréquente, expectoration moins abondante.

A partir d'avril le pneumothorax fut régulièrement entretenu au dispensaire Léon Bourgeois. De juin à septembre séjour à Brévannes d'où la malade sort sur sa demande. Le pneumothorax fut régulièrement insufflé. A la fin du séjour bon état général, mais toux et expectoration persistent.

1^{re} gestation : D. R. octobre 1927. — Gestation bien supportée dans les premiers mois ; la malade ne cesse pas son travail ; le pneumothorax est régulièrement entretenu.

1928. — Au 5^e mois, crise de dyspnée extrêmement violente, avec sueurs et tendances syncopales après chaque insufflation. Arrêt du pneumothorax artificiel. La gestation continue à évoluer normalement. A différentes reprises : absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Le 4 juillet accouchement normal à Saint-Louis d'un garçon bien portant pesant 3.400 grammes B. C. G., séparé de sa mère jusqu'à 5 mois, admis à la crèche de Laënnec. Délivrance et suites de couche normales. Reprise du travail en août.

En septembre juste avant le retour des couches, hémoptysie assez abondante.

2^e gestation. D. R. 4 au 12 octobre 1928. — Procréateur 25 ans, bien portant.

En novembre : hémoptysie très abondante à la date des règles absentes : hospitalisation de trois semaines à Tenon, présence de B. K. dans l'expectoration.

En décembre, consultation au dispensaire Léon Bourgeois en vue du placement de l'enfant en contact avec sa mère. Le 10, examen radioscopique : à droite, pas de traces de pneumothorax, marbrures disséminées dans la moitié supérieure du champ pulmonaire avec spéléomorphie sous la clavicule ; à gauche, taches très opaques au-dessus de la clavicule ; hile présentant de notables opacités. Le 11, hospitalisation dans le service du Pr LÉON BERNARD. Tousse et crache très peu. Point de côté inconstant. Très fatiguée. A maigri de 7 kilogrammes depuis son accouchement. Radiographie : Tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance droite avec spélonque sus et sous-claviculaire droite et petit foyer sus claviculaire gauche ; dans chaque sommet amas de calcifications. Présence de Bacilles de Koch dans l'expectoration.

1929. — Le 8 janvier, examen du Pr LÉON BERNARD : râles bulleux après la toux sous la clavicule et dans les fosses sus et sous épineuses des deux côtés. Augmentation de poids de 700 grammes. Le Pr LÉON BERNARD conclut à une tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse bilatérale, à évolution relativement torpide presque apyrétique, mais en raison de la persistance d'une certaine activité traduite par la présence de Bacilles de Koch et vu l'impossibilité de reprendre le pneumothorax, il envoie la malade consulter à la clinique Baudelocque, demandant la confirmation de la gestation et l'interruption s'il y a opportunité. Le 14 janvier après réponse affirmative de M. le Dr LACOMME sur l'état de gestation (2 mois) admission à la clinique Baudelocque. *L'interruption* est donc décidée en raison de la gravité de cette tuberculose pulmonaire active, mais à évolution torpide. *L'impossibilité d'une thérapeutique phthisiologique active, le court intervalle (3 mois) séparant les deux gestations.*

Le 17 janvier pose une laminaire. Le 18 janvier, anesthésie au chloroforme. Dilatation du col aux bougies de Hégar. Après essai de curettage de la cavité utérine, extraction du fœtus et du placenta par fragments.

Suites normales, apyrétiques, retour à Laënnec le 26 janvier en bon état. Le 2 février, présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Radiographie, persistance de lésions bilatérales, discrètes, en amélioration nette. Disparition presque complète des bruits adventices du sommet droit. Du 21 au 27, réapparition des règles. Le 4 mars, départ de Laënnec, avec reprise de poids de 2 kilogrammes (depuis l'avortement). Apyrexie, mais expectoration toujours bacillifère.

3^e Gestation. — En novembre 1929, la malade est de nouveau enceinte de deux mois. Depuis sa sortie de l'hôpital, son état s'est maintenu malgré quelques hémoptysies. Toux et expectoration bacillifère persistent. Ne croit pas avoir maigri. Température non prise.

Le 7, examen au dispensaire Léon Bourgeois. Auscultation : respiration rude et prolongée au sommet droit, en arrière. Craquements humides, augmentant par la toux dans les fosses sus et sous-épineuses et dans les régions sus et sous-claviculaires droites. Radioscopie : A droite, taches et marbrures prédominant la région inter-cléido-hilaire et dans la portion moyenne du champ pulmonaire, avec peut-être, image spéléomorphique entre hile et paroi. On ne trouve pas de pneumothorax ancien ; sinus costo-diaphragmatique diminué d'acuité, hémidiaphragme droit diminué de mobilité, légère attraction médiastinale. A gauche, l'ensemble du champ pulmonaire est diminué de transparence ; on constate au niveau de l'apex une tache très opaque, d'aspect scléreux ; entre le pôle supérieur du hile et la clavicule, exagération des arborescences parsemées de 2 ou 3 taches d'opacité très dense ; en arrière, le champ pulmonaire paraît plus transparent. Le 9, radiographie

(par comparaison avec les précédentes), pas de modifications dans le champ pulmonaire gauche. A droite, apparition d'une image spéléomorphique juxta-hilaire. Présence de B. K. dans l'expectoration après homogénéisation. La question de l'interruption de gestation se pose. Pour le Pr Léon BERNARD, la gestation ne semble avoir nullement mobilisé les lésions pulmonaires, il semble donc qu'on puisse attendre un mois avant de prendre une décision qui sera probablement la conservation de l'enfant.

1930. — Le 20 février, la femme revient en excellent état. A l'auscultation, craquements dans la fosse sous-épineuse et la région sous-claviculaire. Radioscopie, à droite, marbrures, allant du hile à la clavicule ; hile très chargé. A gauche, taches calcifiées dans le sommet et dans le hile.

Le 17 avril, mêmes signes stéthacoustiques et radioscopiques.

Le 30 mai, accouchement normal à Baudelocque (Pav. Tarnier) d'un garçon (3.700 grammes), ayant reçu le B. C. G., ayant quitté la clinique le 3 juillet, pour le placement familial et pesant 4.000 grammes. Suites de couches normales, apyrétiques, l'expectoration contient toujours des Bacilles de Koch.

Le 5 juillet : examen au dispensaire Léon Bourgeois, La malade se sent un peu fatiguée, ne s'est pas pesée, a des sueurs nocturnes, crache peu, a quelques douleurs thoraciques. Radioscopie : A droite, semis de taches et marbrures non homogènes avec spéléomorphie disséminées sur les 2/3 supérieurs. A gauche, taches non homogènes occupant la zone intercléido-hilaire avec aspect en mie de pain à larges mailles. A partir de cette date la malade n'est plus revenue au dispensaire Léon Bourgeois. Règles irrégulières jusqu'à la 4^e Gestation.

4^e gestation.

D. R. du 20 au 25 novembre 1930. Rapidement grande fatigue et amaigrissement (5 à 6 kilogrammes).

1931. Le 27 janvier, menace d'avortement (hémorragie). Le 29, malgré le repos, la glace sur l'abdomen, les hémorragies persistent. Ascension de la température à 40°, frissons. Hospitalisation à Baudelocque où l'on décide de procéder à l'évacuation de l'utérus. A 19 heures curage digital, ramenant un œuf complet de 50 grammes.

Suites normales : apyrexie, bon état général. Toux peu fréquente, expectoration peu abondante, contenant quelques bacilles de Koch. Examen pulmonaire : quelques râles sous-crépitaux après la toux au sommet droit en arrière. Le 10 février, sortie en bon état. N'est plus revue à la clinique Baudelocque.

Le 23 avril, dernier examen au dispensaire de Vincennes : expectoration richement bacillifère. Infiltration bilatérale beaucoup plus accusée à droite (3/4 supérieurs pommelée) qu'à gauche où il y avait au sommet une grosse caverne.

1932. — Le 4 novembre : mort.

OBSERVATION VI

Année 1929, n° 240

Tuberculose pulmonaire bilatérale : lobaire supérieure droite et cavitaire gauche, ayant débuté en mai 1928, traitée par double pneumothorax artificiel efficace. — En janvier 1929, interruption à 2 mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — En avril 1929, arrêt par la maladie du double pneumothorax. Mort en décembre 1930.

Mlle C... Yvonne, 23 ans, danseuse, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants. Six collatéraux bien portants.

Antécédents personnels.

Réglée depuis l'âge de 13 ans. Règles irrégulières, fréquentes. — Rougeole dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux.

En 1926, avortement de deux mois.

Histoire de la tuberculose.

1928. — En mai, à la suite d'un refroidissement, toux le matin avec expectoration peu abondante. Pas d'atteinte notable de l'état général.

Le 30 juin, admission à Laënnec service de M. le Dr RIST : toux plus fréquente survenant au cours de la journée et la nuit, expectoration muco-purulente parfois hémoptoïque, douleurs rachidiennes. Appétit conservé, amaigrissement de 4 kilogrammes depuis 3 ans, pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes. Examen clinique : au niveau de la 5^e dorsale, raideur avec douleurs spontanées et provoquées par la percussion ; matité des 2/3 supérieurs de l'hémithorax gauche avec craquements à ce niveau ; au sommet droit, craquements et râles consonants après la toux. Expectoration bacillifère. Examen radiologique : à gauche, taches diffuses et confluentes dans les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire avec tendance à l'excavation. A droite, lobite supérieure mais également taches dans la moitié inférieure du champ pulmonaire.

Le 11 juillet, institution d'un pneumothorax artificiel gauche. Collapsus satisfaisant dès la seconde insufflation. Le 31 juillet institution d'un pneumothorax artificiel droit.

Par la suite, amélioration progressive, apyrexie permanente, diminution de l'expectoration. Le 2 septembre, la malade indocile rebelle aux conseils médicaux, quitte le service ayant repris près de 4 kilogrammes. Le 29 septembre nouvelle hospitalisation pour reprise régulière des insufflations. Expectoration non bacillifère. Le 25 octobre la malade quitte encore l'hôpital malgré avis médical. Bon état général, apyrexie. Expectoration non bacillifère peu abondante (3 à 4 crachats par jour).

2^e gestation.

D. R. du 1^{er} au 8 novembre 1928. Procréateur 26 ans, différent de celui de la première gestation, paludéen.

Le début de la gestation est assez bien supporté, état général satisfaisant malgré quelques vomissements et anorexie légère. Les insufflations des pneumothorax sont régulièrement pratiquées.

1929. — En janvier, la malade est adressée à la Clinique Baudelocque par M. le Dr JACOB qui, malgré « *l'excellent état* » de la malade désire avoir l'avis de M. le Pr COUVELAIRE sur l'opportunité ou non d'une interruption de la gestation. Le 22 janvier, hospitalisation à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Expectoration peu abondante non bacillifère. Examen clinique : syndrome cavitaires du sommet droit. Signe de pneumothorax à gauche. Radioscopie : à gauche, excellent collapsus (moignon pulmonaire rétracté le long du médiastin) ; à droite, pneumothorax invisible, taches et marbrures, sous la clavicule image cavitaires. *L'interruption de la gestation est décidée comme complément thérapeutique au traitement phthisiologique en raison de la gravité de cette tuberculose pulmonaire récente nettement améliorée mais non sûrement fixée.*

Suites opératoires normales. La femme quitte la clinique au 14^e jour en bon état. Expectoration non bacillifère. Le 24 avril, examen au Dispensaire Léon Bourgeois : respiration perçue sur presque toute la hauteur des 2 poumons sauf en arrière. Image de pneumothorax bilatéral.

Du 19 juillet au 4 août, hospitalisation à Laënnec. Perte de 5 kilogrammes depuis l'année précédente, fièvre. Expectoration abondante mais non bacillifère, toux fréquente. La malade quitte définitivement le service sur sa demande le 4 août toussant et expectorant très peu. La température est devenue normale. Reprise de poids de 2 kilogrammes.

En septembre, vie irrégulière, abandon du double pneumothorax par la malade. Immédiatement reprise de la

toux. Le 25 octobre, radioscopie : résorption complète des 2 pneumothorax artificiels, il subsiste seulement à droite une diminution de transparence complète mais non homogène du lobe supérieur.

1930. — Le 4 décembre, mort.

OBSERVATION VII

Année 1929, n° 2712 bis.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse excavée unilatérale droite semblant avoir débuté à la fin d'une première gestation en novembre 1926 ; pneumothorax partiel institué en janvier 1927 et entretenu pendant 2 ans et demi ayant amené une amélioration nette. — En décembre 1929, interruption, à trois mois, de la seconde gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Suites immédiates satisfaisantes ; en 1936, femme vivante.

M^{me} M... Virginie, 23 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents et un frère bien portants.

Antécédents personnels.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans.

Histoire de la tuberculose.

1925. — Au cours de l'hiver, la malade aurait eu une bronchite (?). Depuis cette période, elle n'aurait jamais cessé de tousser ; cette toux survient par quintes surtout marquées le matin ramenant parfois une expectoration nummulaire, blanchâtre.

1926. — 1^{re} gestation très bien supportée pendant les premiers mois. En novembre, la femme se sent très fatiguée, a des sueurs nocturnes ; la température n'est pas prise. La toux devient plus fréquente et l'expectoration, plus abondante. Le 16 décembre, veille de l'accouchement,

expectoration striée de sang. Après l'accouchement qui se passe normalement, la température vespérale atteint 30°, 40° pendant un mois. L'enfant n'est pas séparé de sa mère.

1927. — Le 13 janvier la malade consulte au Dispensaire de Montreuil : expectoration richement bacillifère. Elle est adressée avec son enfant au P^r Léon BERNARD.

Le 27 janvier, hospitalisation à Laënnec où l'enfant meurt deux jours après. La malade ne pesant que 45 kilogrammes a un bon aspect général. Examen pulmonaire : à droite, matité des régions sous-claviculaires, sus et sous-épineuses, gros râles bulleux et gargouillements à ce niveau ; à gauche, aucune modification stéthacoustique. Expectoration bacillifère. Radioscopie confirmée par radiographie : à droite, plages d'ombre non homogènes du 1/3 supérieur du champ pulmonaire avec image spéléonquaire rétro-claviculaire de 4 travers de doigts de diamètre. Légère rétraction trachéale et costale. A gauche, quelques taches discrètes à la périphérie et dans la région sus-claviculaire légèrement voilée.

Le 24 janvier, institution d'un pneumothorax artificiel droit. Le température diminue alors progressivement. Le 1^{er} février, la malade quitte l'hôpital Laënnec.

Elle se repose chez elle. Les insufflations sont régulièrement entretenues au Dispensaire Léon Bourgeois. En juillet, l'état général est devenu très satisfaisant. Disparition de la toux et de l'expectoration devenue abacillifère. En mars 1928. Le pneumothorax quoique partiel est toujours entretenu ; l'état de la malade est satisfaisant.

1929. — En juin, arrêt du pneumothorax devenu impossible en raison d'une symphyse progressive. L'état de la malade est excellent, prise de poids de 6 kg. 500 en 5 mois. L'expectoration est toujours dépourvue de bacilles. Radiographie : à droite, taches et marbrures du 1/3 supérieur avec peut-être image cavitaire derrière l'extrémité interne de la clavicule ; au sommet gauche, quelques taches.

2^e gestation.

D. R. du 20 au 24 septembre. — Procréateur le même que pour la première gestation, soigné en 1927 pour adénite cervicale bacillaire. — Le début de la gestation est très bien supporté.

Le 2 décembre, présence de quelques bacilles de Koch dans l'expectoration. Le 10, le P^r Léon BERNARD adressant la malade à M. le P^r COUVELAIRE, écrit : « Il y aurait sans doute intérêt à interrompre la gestation. La gravité de la lésion initiale largement excavée, le fait que cette première lésion ait été consécutive déjà à une grossesse, le temps écourté du collapsus pulmonaire, me paraissent des raisons suffisantes pour intervenir. » Le 15, examen obstétrical, utérus gravide de 2 mois et demi. Examen pulmonaire : murmure vésiculaire diminué à droite, quelques craquements à la partie moyenne du champ pulmonaire. Radiographie : opacité diffuse de tout le champ pulmonaire droit, image broncho-vasculaire très accentuée avec tractus en éventail remontant sous la clavicule ; à gauche, image sensiblement normale. Le 18, M. le P^r COUVELAIRE en accord avec le P^r Léon BERNARD décide l'interruption de la gestation en raison de la gravité de la lésion initiale ayant coïncidé avec une gestation, l'amélioration nette de cette tuberculose qui n'est plus actuellement activement traitée, la non stabilité certaine des lésions (réapparition d'une expectoration bacillifère). L'absence de poussée évolutive au cours de l'actuelle gestation.

Le 19 décembre, pose d'une laminaire. Pendant toute la journée et la nuit contractions utérines douloureuses. Le 20 décembre, dilatation de 2 frs, pose d'un faisceau de lamineaires. Les douleurs continuent. Le 21 décembre, les lamineaires sont encore dans le col de l'utérus, il n'y a pas eu de perte de sang. Température à 39°5 le matin. Curetage.

Suites opératoires normales : pas de fièvre ; femme part

le 2 janvier en excellent état, n'ayant pas présenté de signes d'évolution bacillaire.

1930. — Le 22 février, radiographie au Dispensaire Léon Bourgeois : à droite, rétraction costale et médiastinale ; taches et marbrures du 1/3 supérieur du champ pulmonaire, à gauche, quelques taches au sommet.

1936. — En février, température vespérale souvent à 38°, bruits adventices dans la région sus-claviculaire droite. Examen radiologique : aspect marbré du lobe supérieur droit.

OBSERVATION VIII

Année 1930, n° 623

Tuberculose pulmonaire semblant avoir débuté avec la première gestation en septembre 1926 ; en 1928, au cours de la 2^e gestation pneumothorax artificiel gauche différé ; au début de 1930, tuberculose pulmonaire ouverte évolutive bilatérale. — En mars 1930, interruption à 3 mois de la 3^e gestation. — En septembre 1934, lésions bilatérales torpides non excavées ; expectoration bacillifère. Fin 1935, vivante.

M^{me} H... Jeanne, 23 ans, couturière, 3^e Gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé. Mère atteinte de maladie mitrale, morte à 45 ans d'une embolie cérébrale. Trois frères ayant fréquemment des bronchites, une sœur décédée en bas âge.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans. — Rougeole, varicelle et coqueluche dans l'enfance. En 1918 (à 11 ans) grippe espagnole. Depuis cette date, la malade, tout en conservant un état général excellent, toussait très fréquemment. En 1923, elle aurait eu une lésion pleurale droite (?) avec point de côté, toux et fièvre pendant une

semaine. Cet incident aurait disparu sans laisser de séquelles immédiates apparentes. En 1924, elle fut soignée pour une fièvre paratyphoïde suivie d'une longue convalescence avec fatigue et aménorrhée pendant 5 à 6 mois.

Histoire de la tuberculose.

1926. — En septembre, ayant toujours un état général déficient, la femme eut pendant une quinzaine de jours de petites hémoptysies coïncidant avec le début de la 1^{re} gestation. Au 3^e mois, on trouva à la radio une lésion pulmonaire gauche. Expectoration bacillifère. La malade se reposa et la gestation par la suite fut bien supportée avec une température normale mais une expectoration constamment bacillifère. En mai 1927, accouchement à la maternité de 2 jumeaux de sexe différent, le premier mort au bout de 24 heures, le second à 18 jours. Suites de couches subfébriles (38°). Toux et expectoration bacillifère persistaient.

Ultérieurement, amélioration de l'état général. 2^e gestation : D. R. du 24 au 26 octobre. Procréateur 25 ans tuberculeux. La malade commençait alors un séjour à la Tuyolle. Elle se sentait bien portante, prenait du poids.

1928. — Elle quitta, le sanatorium dès qu'elle eut la certitude d'être enceinte. L'interruption de la grossesse aurait été envisagée. Amenée à consulter dans le Service du D^r PISSAVY, la malade fut mise en observation. On allait tenté un pneumothorax artificiel gauche mais la veille de la première insufflation la malade eut trois syncopes. Après examen cardiaque, on ne jugea pas à propos d'entreprendre le pneumothorax et on prit le parti de laisser évoluer la gestation. A ce moment, on entendait des craquements à l'auscultation du sommet gauche. La radio montrait des taches dans le champ pulmonaire gauche et un faible éclaircissement du sommet droit.

Par la suite la gestation a été bien supportée : toux peu fréquente, expectoration peu abondante, non bacillifère. Le

11 août, accouchement à la clinique Baudelocque (par TARNIER) d'un enfant pesant 2.630 grammes, difficile à élever, ayant reçu des frictions mercurielles à partir de la troisième semaine (cranio-tabès), parti à 3 mois au placement familial. Cet enfant continuerait à mal se développer : première dent à 17 mois. Suites de couches normales, apyrétiques. Ultérieurement bon état général malgré la persistance de la toux. La femme se sentant mieux portante cessa de se faire suivre à Cochin.

1930. — 3^e Gestation.

D. R. du 1^{er} au 4 janvier 1930. — Procréateur, le même pour les 3 gestations, tuberculeux.

Dès le début de la gestation la malade ressent des maux : étourdissements, essoufflements très marqués et précordialgie. Amaigrissement de 2 kilogrammes, sueurs nocturnes, insomnie, température atteignant 38° le soir. Exagération de la toux, crachats hémoptoïques bacillifères pendant 15 jours à la fin de janvier.

Le 6 mars ; elle est envoyée à la Clinique Baudelocque par le Dr Kuss pour interruption de la gestation. « Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire ouverte évolutive, bilatérale avec notable prédominance des lésions à gauche dans toute la moitié supérieure ». Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois environ. Examen pulmonaire : râles bulleux et gargouillements diffus. Expectoration bacillifère. Radiographie pulmonaire : infiltration massive de la totalité des champs pulmonaires. Examen cardiaque, auscultation normale. T. A. 13,5/8 au Pachon. Le 19 mars, M. le Pr COUVELAIRE décide *l'interruption de la gestation parce qu'il s'agit : d'une troisième gestation rapprochée des précédentes qui ont eu un rôle néfaste sur la tuberculose pulmonaire de lésions à évolution relativement torpide et de l'impossibilité d'instituer une thérapeutique phtisiologique active.*

Pose d'une laminaire n° 26. Le 20 mars on retire la laminaire qui présente en son milieu un étranglement assez im-

portant ; on introduit sans difficultés une nouvelle lamine n° 30. Le 21 mars, on retire la lamine et le col étant suffisamment dilaté on évacue l'utérus au moyen d'une curette mousse. Badigeonnage de l'utérus à l'alcool iodé. Le soir de l'intervention, température à 38°6 ; le lendemain la température est devenue normale et se maintient autour de 37° jusqu'au départ de la malade qui quitte la clinique le 1^{er} avril n'ayant pas présenté des signes d'évolution tuberculeuse.

La malade fut régulièrement suivie au Dispensaire Rockefeller. Dernier examen en septembre 1934 : État général satisfaisant. Lésions bilatérales torpides, non excavées. Expectoration bacillifère.

Le 3 novembre. Admission au Sanatorium de l'Albarine à Hauteville.

1935. — En janvier, traitement par Tuberculine.

En mars, avortement. Pas de curettage.

Le 12 juin la malade quitte le Sanatorium sur sa demande ; état pulmonaire peu modifié. A sa sortie de l'établissement, aurait pu assurer un service de femme de chambre pendant 4 à 5 mois sans incident particulier.

OBSERVATION IX

Année 1930, n° 1479

Tuberculose pulmonaire excavée du lobe supérieur droit semblant avoir débuté à la suite de la première gestation, traitée par pneumothorax artificiel droit institué en septembre 1928 ; à la suite de la seconde gestation, en 1929, état général précaire. — En avril 1930, interruption à deux mois et demi de la troisième gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Accouchements normaux en juin 1932 et en mars 1935 ; pneumothorax cessé progressivement en 1934.

M^{me} B... Madeleine 20 ans, 3^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Mère ayant fait un incident de tuberculose pulmonaire en 1905, morte en 1929. Père examiné en 1927 et 1992 au Dispensaire Léon Bourgeois : bacilloscopie négative, radioscopie : hyperclarté des champs pulmonaires ; horizontalité des côtes ; distension emphysémateuse des bases. 5 collatéraux morts en bas âge de (?). Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. — Rougeole, oreillons, croup dans l'enfance.

Histoire de la tuberculose.

1926. — Le 25 janvier la malade est examinée pour la première fois au Dispensaire Léon Bourgeois à l'occasion d'un érythème nouveau. Un peu de fatigue, pas de fièvre ; aucun signe fonctionnel pulmonaire ; examen clinique négatif ; radioscopie : bonne transparence générale des deux champs pulmonaires ; dans le segment supérieur du hile, zone de diminution de transparence non entièrement homogène, de forme un peu lancéolée, à limites floues, se dirigeant en haut vers la partie interne de la clavicule. Radiographie : à droite, ombres hilaires très touffues arborescentes ; sous la tête de la première côte zone de densification non homogène avec aspect en nids d'abeilles au centre ; à gauche image normale.

1927. — 1^{re} gestation.

D. R. du 17 au 21 avril. — Procréateur bien portant. — Le 1^{er} septembre, la femme cesse son travail. Pâleur, fatigue mais pas d'amaigrissement. Aucun signe fonctionnel pulmonaire, aucun signe stéthacoustique anormal, même image radioscopique qu'en 1926. Du 13 septembre au 5 janvier 1928, séjour en préventorium : état excellent. Le 20 janvier, accouchement normal à la Clinique Baudelocque d'un garçon débile pesant 2.180 grammes sorti au 38^e jour,

Fouassier, Amédée, Pierre, Henri.

pesant 2.700 grammes, actuellement bien portant. La femme, au 13^e jour des suites de couches, fit une ascension thermique à 38°4 ; pendant une semaine température très irrégulière dépassant fréquemment 38°, aucun signe fonctionnel anormal ; à partir du 21^e jour, température normale.

Le 21 mai, examen au Dispensaire Léon Bourgeois, la femme tousse et crache du sang depuis 3 jours ; est actuellement fatiguée. Examen stéthacoustique normal. Image thoracique normale. Le 23 août, la femme a dû cesser son travail : fatigue, toux, dyspnée, expectoration, amaigrissement de 2 kg. 500 en un mois, poussées fébriles vespérales à 38°5, 39°. La malade est hospitalisée dans le Service du Pr LÉON BERNARD. Au bout de quelques jours : diminution de la toux et de l'expectoration, disparition de la dyspnée, stabilisation de la température autour de 37°, fatigue moins marquée, pas de troubles digestifs, persistance de la pâleur. Examen clinique : rhino pharyngo laryngite catarrhale subaiguë. Matité au sommet droit ; à ce niveau, en avant et en arrière, râles sous crépitants, respiration rude et prolongée au sommet droit et à la base gauche. Le 6 septembre, radioscopie confirmée par radiographie, à droite zone ayant un aspect en mie de pain sous la clavicule avec limite inférieure nette ; taches à la partie moyenne. A gauche image thoracique normale. Expectoration bacillifère.

Le 8 septembre, institution d'un pneumothorax artificiel droit. Immédiatement amélioration de l'état général, la température se maintient toujours aux environs de 37°, reprise de poids ; règles normales. Le 13 octobre, sortie de l'hôpital avec reprise de poids de 5 kg. 300, l'expectoration contient toujours des bacilles de Koch.

Le 15 décembre, douleurs thoraciques gauches, toux le matin, pas d'expectoration ; le pneumothorax est régulièrement retenu. A droite, matité de la base ; respiration

perçue dans tout le champ pulmonaire. A gauche, légère diminution de la respiration à la base ; dans le reste du champ pulmonaire, respiration normale. Radioscopie : pneumothorax artificiel droit avec très bon collapsus sauf du lobe supérieur qui ne paraît pas collabé ; légère rétraction costale supérieure ; pas de déviation du médiastin ; trois travers de doigt de liquide à deux étages.

2^e gestation.

D. R. du 10 au 15 décembre 1928. — Procréateur 24 ans bien portant. A ce moment-là *état général médiocre*, température oscillant entre 38 et 39°.

L'épanchement pleural fut ponctionné à différentes reprises. Le 29 juillet, début d'un oléothorax. Amélioration consécutive.

Le 2 septembre, accouchement normal à Baudelocque (Pav. Tarnier) d'un garçon pesant 2.320 grammes séparé immédiatement de sa mère, ayant reçu le B. C. G., décédé au bout de 16 jours. Au cours du travail, la malade eut une petite hémoptysie, les suites de couches furent subfébriles (37°5, 38°) et la malade quitta la Clinique avec un état général précaire.

Les mois suivants, persistance de la fatigue, la température se maintient à 38° malgré un repos presque absolu. Toux peu fréquente, pas d'expectoration. 2 à 3 mois après l'accouchement, un nouveau pneumothorax artificiel droit a été substitué à l'oléothorax.

1930. — 3^e gestation. D. R. du 17 au 24 avril.

L'état de la malade est assez précaire, mais les lésions pulmonaires ne semblent pas avoir évolué.

Le 25 juin, hospitalisation à Baudelocque (Pav. Tarnier). Malade apyrétique. Examen obstétrical : gestation de 2 mois environ. Le 27 juillet, M. le Pr COUVELAIRE décide l'avortement *en raison de la gestation très rapprochée des précédentes et en vue de favoriser la lente amélioration de l'état pulmonaire qui semble avoir été retardée par la gestation précédente.*

Pose d'une laminaire n° 30. Le 8 juillet, changement de laminaire. Le 9 juillet, expulsion spontanée d'un fœtus pesant 20 grammes et du placenta pesant 30 grammes. La femme ne saigne pas, température à 37°.

Le 14 juillet, la femme apyrétique quitte la clinique sur sa demande.

4^e gestation.

1931-1932. — D. R. du 3 au 8 septembre 1931. Accouchement normal à Baudelocque le 28 juin 1932 d'une fille (2.140 grammes) ayant reçu le B. C. G., séparée de sa mère et ayant quitté la clinique le 4 août, pesant 3.310 grammes. Délivrance et suites de couches normales apyrétiques.

1933. — Le 10 avril la malade a un très bon état pulmonaire, état général assez bon (maigreur). Pas de toux, pas d'expectoration. La cessation progressive du pneumothorax régulièrement entretenu jusque-là est décidée au Dispensaire Léon Bourgeois.

1934. — Au début de l'année, le pneumothorax n'est plus entretenu.

5^e gestation.

D. R. du 15 au 20 juillet.

1935. — Gestation surveillée à Baudelocque, accouchement normal le 8 mars 1935 d'un garçon (2.780 grammes) n'ayant pas reçu le B. C. G., ayant quitté la clinique le 10 mai, pesant 4.400 grammes.

Suites de couches normales, apyrétiques.

1936. — En avril, femme bien portante, menant une vie active.

OBSERVATION X

Année 1930, n° 2075.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse extensive gauche excavée ayant débuté en 1928 au cours de la seconde gestation et traitée par pneumothorax artificiel efficace. — En

septembre interruption à 4 mois de la 3^e gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Par la suite généralisation des lésions et mort en septembre 1931.

M^{me} P..., 26 ans, couturière, 3^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé de néphrite chronique. Mère bien portante.
2 frères décédés et 2 frères bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Angines fréquentes.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation en avril 1927 : accouchement à terme d'un garçon pesant 3 kilogrammes vivant actuellement bien portant.

Histoire de la tuberculose.

Au cours de la 2^e gestation, début apparent de la tuberculose pulmonaire : amaigrissement, fatigue ; toux.

1928. — En juillet, accouchement à terme d'un garçon vivant, nourri artificiellement. Après l'accouchement persistance du mauvais état général. Température vespérale fréquemment à 38°-39°. A différentes reprises hémoptysies abondantes. En novembre, expectoration bacillifère ; le diagnostic de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse gauche excavée est porté.

Au début de décembre, institution d'un pneumothorax artificiel gauche.

1929. — Après le pneumothorax artificiel la température est devenue progressivement normale en 2 mois ; l'amaigrissement a continué encore environ 6 mois et a fini par atteindre 15 kilogrammes ; la toux a persisté plusieurs mois. La malade est restée alitée jusqu'à l'été 1929. Depuis la reprise de poids, amélioration nette, jamais de signe de poussée évolutive. Séjour à la campagne jusqu'au début de la 3^e gestation.

1930. — 3^e gestation.

D. R. du 21 au 26 mai.

En juillet, quelques malaises, nausées, asthénie. Au début de septembre la malade est adressée par M. le Dr SMOLIZANSKI à M. le Dr LACOMME : « Actuellement arrêt complet de l'évolution ; bon état général, température normale, augmentation de poids de 13 kilogrammes environ depuis 1 an, disparition des bacilles de Koch, de l'expectoration. Le pneumothorax est en très bonne voie ; léger épanchement à la base ; bonne compression, pas de déviation du médiastin ; pas de bilatéralisation des lésions.

Le 18 septembre, M. le Dr LACOMME décide de pratiquer un avortement en raison de la gravité de la tuberculose ayant débuté il y a 2 ans au cours d'une gestation, l'amélioration nette de cette tuberculose en dehors de l'état de gestation, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation des lésions.

Pose d'une laminaire n° 15. Le 19 septembre, aucune douleur depuis la veille, ablation de la laminaire qui est remplacée par un faisceau de deux lamineuses, n°s 16 et 22. Le 20 septembre, aucune douleur, température et pouls normaux, ablation du faisceau de lamineuses. L'orifice interne étant à peine perméable au médius, on pratique une dilatation préalable aux bougies de Hégar, jusqu'au n° 20. Anesthésie légère permettant d'évacuer l'utérus. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Pendant les deux premiers jours ascension thermique vespérale à 38°, puis progressivement la température devint normale à partir du 9^e jour. Au point de vue obstétrical, suites normales. Au point de vue pulmonaire, aucun signe d'évolution tuberculeuse. Ayant quitté la clinique le 2 octobre, la malade ne fut jamais revue à Baudelocque.

1931. — Extension des lésions, généralisation et mort en décembre.

OBSERVATION XI

Année 1930, n° 2606.

Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure droite excavée semblant avoir débuté en février 1930, traitée par pneumothorax artificiel à partir d'octobre à la suite d'un épisode aigu ayant précédé une gestation. — Avortement thérapeutique en novembre au terme de 2 mois et demi environ. — Suites immédiates excellentes, le pneumothorax devient efficace ; 1936, femme en bon état.

Mlle M... Louise, 18 ans (sténo-dactylo), 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père bien portant. Mère morte à 58 ans d'un cancer du rectum. 5 collatéraux bien portants, 1 décédé accidentellement.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans et demi. Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1930. — En février, fatigue et amaigrissement ; toux. Le 17 avril, hémoptysie de moyenne abondance (1 / 2 verre). De mai à juillet, asthénie de plus en plus marquée, amaigrissement de 3 kilogrammes ; toux et expectoration.

En juillet, épisode fébrile à 40° ; existence, à la Radio, d'une lésion excavée du poumon droit ; expectoration bacillifère. Au bout de quelques jours, la température devint normale mais fréquemment poussées thermiques vespérales à 38° ; persistance de la toux et de l'expectoration.

1^{re} gestation.

D. R. du 12 au 18 août.

Le 26 septembre, examen au Dispensaire Léon Bourgeois : matité du sommet droit, craquements. A la radio,

condensation, occupant le 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit ; à gauche, image normale. Expectoration bacillifère. Le 3 octobre, hospitalisation dans le Service de M. le Dr RIST : poids 51 kg. 900, température constamment autour de 37°5 ; expectoration : 5 à 6 crachats par jour.

Le 12 octobre, institution d'un pneumothorax artificiel droit, bon décollement (c'est surtout le lobe supérieur seul atteint qui est collabé). La malade qui va bien au point de vue pulmonaire vomit beaucoup et maigrit (3 kilogrammes).

Le 13 novembre, hospitalisation à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois et demi environ. Vomissements beaucoup moins fréquents.

Etat général satisfaisant, température entre 37° et 37,5. Toux peu fréquente, expectoration peu abondante mais bacillifère. Radiographie : pneumothorax droit ayant affaibli complètement les deux lobes supérieurs ; à gauche, image normale. Le 28 novembre M. le Dr COUVELAIRE décide l'avortement en raison de la *tendance évolutive favorable des lésions tuberculeuses, en vue de permettre au pneumothorax artificiel d'avoir toute son efficacité chez cette malade dont l'état général paraît déficient par suite de l'état de gestation.*

Pose d'une laminaire n° 24. Le 29 novembre pose d'une seconde laminaire n° 30. Le 30, expulsion spontanée de la laminaire et d'un fœtus de 2 mois et demi environ pesant 70 grammes. Le 1^{er} décembre, M. LACOMME décide de faire pratiquer un curage pour non-expulsion du placenta ; température à 37°. Difficultés pour entrer la main dans le vagin, col ouvert dans lequel on introduit deux doigts, on trouve un placenta qui est adhérent au niveau de la corne gauche et à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus. On extrait un placenta morcelé pesant 50 grammes. On procède ensuite à un léger curettage à la curette mousse qui ne ramène que des caillots de sang. Ecouvillonnage à la teinture d'iode, injection intra-utérine iodée.

Suites opératoires. — Aucune élévation de la température ; aucun signe de poussée évolutive de la tuberculose. La malade quitte la clinique pour Laënnec le 16 décembre 1930, pesant 48 kg. 250.

1931. — Hospitalisation à Laënnec jusqu'au 14 avril 1931. A cette date, état très amélioré, poids 54 kilogrammes. L'expectoration ne contient plus de bacille de Koch depuis 3 mois. Examen radiologique : ombre hilaire marquée du côté gauche ; pneumothorax artificiel du côté droit, poumon bien comprimé. Le pneumothorax artificiel bien supporté est insufflé toutes les trois semaines. Les règles sont réapparues du 6 au 9 janvier.

A partir d'avril, séjour à la Tuyolle où la malade restera quelques mois. Amélioration très nette, reprise de poids, expectoration constamment dépourvue de bacilles, le pneumothorax est toujours entretenu.

1936. — En avril, la malade est en parfait état. Depuis plus de trois ans, elle a repris son travail qu'elle n'a jamais interrompu. Le pneumothorax est toujours entretenu (une insufflation par mois). Expectoration constamment acillifère (dernier examen le 17 février). Poids : 59 kg. 700.

OBSERVATION XII

Année 1931, n° 3097.

Tuberculose pulmonaire bilatérale semblant avoir débuté en 1922, traitée par pneumothorax partiel, compliqué d'épanchement pleural, arrêté en 1925 ; très lente amélioration. — En décembre 1931, interruption à 4 mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — En 1936, femme vivante.

M^{lle} X... Suzanne, 32 ans, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé. Mère bien portante.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 11 ans et demi. — Rougeole, scarlatine et varicelle dans l'enfance ; angines fréquentes.

Histoire de la tuberculose.

1922 à 1924. — En décembre, amaigrissement, poussées fébriles vespérales à 39°. Point de côté bilatéral. On trouve une lésion du sommet gauche. En février 1922, malgré le repos, état général précaire, fièvre (39-40°) en permanence, amaigrissement. Toux et expectoration contenant des bacilles de Koch. Extension des signes stéthacoustiques.

En juillet 1922, départ en sanatorium ; fièvre persistante ; lésions bilatérales mais nettement prédominantes à gauche. Institution d'un pneumothorax artificiel gauche qui n'est que partiel. Amélioration légère, température à 37°5, toux moins fréquente, expectoration moins abondante mais toujours bacillifère. En septembre, épanchement liquidien du côté du pneumothorax ; l'épanchement sera ponctionné 5 fois en 10 mois. En novembre 1924, départ du sanatorium, le pneumothorax est toujours entretenu.

1925 à 1931. — Cure hygiéno-diététique à domicile, arrêt du pneumothorax. Lente amélioration de l'état général. Température normale, poids stationnaire. Toux de moins en moins fréquente, expectoration encore diminuée.

1^{re} gestation.

D. R. du 2 au 7 août 1931, début de gestation bien supporté. Aucun signe fonctionnel pulmonaire.

Le 24 novembre admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen pulmonaire : à gauche, matité hydrique dans les 2/3 inférieurs du poumon : au sommet, foyer de râles bulleux. A droite, au sommet, respiration rude et prolongée avec quelques râles sous-crépitaux après la toux. Cœur : pointe refoulée à droite. Présence de B. K. dans l'expectoration. Examen obstétrical : gestation de 3 mois et demi environ. Le 7 décembre, M. le Pr COUVELAIRE

décide l'interruption de la gestation. La première évolution ancienne mais très grave, l'absence de rechute depuis 8 ans, la persistance de l'activité de la tuberculose (réaction pleurale liquidienne), l'état général en amélioration très lente mais progressive, l'absence d'évolution (poumon droit paraissant encore presque intact) depuis la gestation actuelle, l'impossibilité de faire aucune thérapeutique par le pneumothorax artificiel plaident en faveur de l'interruption.

Pose d'une laminaire n° 28. Le 8 décembre pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 100 centimètres cubes. Le 9 décembre, pas de fièvre. A 16 heures, la femme expulse le ballon et à 16 h. 10 expulsion d'un fœtus de 200 grammes. de sexe indéterminé ; pas d'hémorragie. 20 minutes plus tard délivrance naturelle complète pesant 180 grammes.

Suites opératoires normales, aucune poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire.

1936. — En mai, depuis l'intervention, aucune poussée évolutive nette de la tuberculose pulmonaire. La femme se dit actuellement bien portante mais ne travaille pas.

OBSERVATION XIII

Année 1931 — n° 3094 bis

Tuberculose ulcéro caséuse avec ramollissement du lobe supérieur droit ayant débuté en 1924, traitée et améliorée par un pneumothorax artificiel abandonné au bout de 2 ans ; trois gestations très rapprochées ; à la suite de la 3^e grossesse poussée évolutive très importante : tuberculose ulcéro-fibreuse gauche excavée ; en juin 1931, institution d'un pneumothorax gauche qui n'est que partiel. — En décembre 1931, deux ans et demi après le 3^e accouchement, interruption à deux mois et demi de la quatrième gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Mort en mai 1932.*

M^{me} J... Lucienne, 24 ans, 4^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 12 ans. — Rougeole dans l'enfance.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1924. — En janvier, début apparent de la tuberculose pulmonaire. Mauvais état général : amaigrissement, fièvre (39-40°) ; Point de côté, toux et expectoration. En outre, diarrhée fréquente et abondante. Repos au lit pendant 2 mois au cours desquels apparurent des signes stéthacoustiques lésionnels au sommet droit. A deux reprises, on trouva des bacilles de Koch dans l'expectoration.

En mars, hospitalisation dans le service du P^r Léon BERNARD. Mauvais état général, fatigue, fièvre, (38°) ; toux fréquente. Examen radioscopique : champ pulmonaire gauche normal. A droite, taches et marbrures entre le pédicule pulmonaire et la clavicule ; les marbrures sont encore discrètes et ne présentent aucun aspect caractéristique. Radiographie pulmonaire : champ pulmonaire gauche : rétraction cardio-aortique ; quelques arborisations assez serrées et quelques taches entre le hile et la partie interne de la clavicule. Champ pulmonaire droit : dans la région sus-claviculaire, quelques petites taches confluentes et arborisations bronchiques serrées ; sur le 1/3 moyen et sur le 1/3 inférieur, arborisations bronchiques anormalement visibles sinus normaux. Après deux examens négatifs, présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Diagnostic : tuberculose ulcéro-caséeuse avec ramollissement du lobe supérieur droit.

Le 29 mars, institution d'un pneumothorax artificiel droit complet, efficace, immédiatement suivi d'amélioration : reprise de poids (2 kg. 500 en deux mois) disparition

de la fièvre et de la toux ; l'expectoration ne contient plus de bacilles de Koch.

De juin 1924 à février 1925, séjour au Sanatorium d'Angicourt ; le pneumothorax continue d'être régulièrement entretenu ; l'état de la malade est très satisfaisant. Au retour du Sanatorium les insufflations sont très régulièrement pratiquées au Dispensaire Léon Bourgeois.

1926. — En mai, abandon du pneumothorax par la malade qui est perdue de vue par le Dispensaire Léon Bourgeois jusqu'en 1931.

1927 à 1929. — En juillet, après une *première gestation* bien supportée, surveillée à Mayence, accouchement normal d'un enfant (3.200 grammes) séparé de sa mère deux mois après la naissance, ayant reçu le B. C. G., nourri artificiellement, actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales.

En septembre, début de la 2^e *gestation* : fatigue, sueurs nocturnes, toux. Par la suite, gestation bien supportée et surveillée à Chartres. En mai 1928, accouchement au terme de 8 mois d'un enfant, ayant reçu le B. C. G., décédé à 2 mois de méningite. Délivrance et suites de couches normales.

En novembre, début de la 3^e *gestation* : fatigue et amaigrissement importants. Au deuxième mois de la gestation on aurait discuté un avortement thérapeutique mais on aurait décidé de laisser évoluer la gestation. En août 1929, accouchement d'un enfant (3.000 grammes) ayant reçu le B. C. G., actuellement bien portant. Délivrance normale ; dans le post partum, amaigrissement fatigue, fièvre, toux et expectoration ; la malade ne se soigne pas ; l'état général reste précaire les mois suivants.

1930. — En juin, épisode pulmonaire aigu étiqueté « congestion pulmonaire » durant 3 semaines suivie d'une pleurésie gauche avec épanchement (ponction) durant un mois.

1931. — En mai, au Dispensaire Léon Bourgeois, examen radiologique : cœur déplacé à gauche ; sinus costo-diaphragmatique gauche assombri, inextensible. Le 1/3 supérieur du champ pulmonaire est assombri par une large plage d'ombre dont la limite inférieure est sensiblement dégradée et située à peu près à mi-hauteur du champ pulmonaire ; sur cette plage d'ombre se dessinent des taches ; une spéléomorphie de 3 centimètres de diamètre se dessine en regard de la clavicule. À droite, quelques taches plus foncées parsèment le milieu du champ pulmonaire. Expectoration bacillifère. Diagnostic : tuberculose ulcéro-fibreuse gauche excavée.

En juin, le 15, hospitalisation dans le service du Pr Léon BERNARD. Expectoration bacillifère. Amaigrissement de 700 grammes en une semaine, température oscillant autour de 38°. Le 21, institution d'un pneumothorax artificiel gauche. Le 24, radioscopie : pneumothorax gauche sec, champ de décollement occupant la partie externe et postérieure de la base, adhérences du poumon aux 2/3 supérieurs et externes de la paroi thoracique ; pas de déplacement appréciable du cœur. Hémidiaphragme gauche modérément abaissé. En juillet, le 11, sommet pulmonaire gauche non décollé (spélonque non collabée) ; le 18, départ de l'hôpital ; reprise de poids de 300 grammes, température normale. Par la suite, pneumothorax gauche régulièrement entretenu. La toux persiste, l'expectoration toujours bacillifère reste abondante.

4^e gestation.

D. R. 24 au 28 septembre. — Procréateur, bien portant, différent de celui des 3 gestations antérieures.

Etat inchangé, asthénie. Pneumothorax toujours entretenu. Le 25 novembre, radiographie : légère accentuation des taches à droite ; à gauche, même pneumothorax partiel inférieur avec persistance de l'image cavitaire. Il n'existe pas de poussée évolutive.

Le 5 décembre, hospitalisation à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen obstétrical : gestation de 2 mois environ. Radiographie : pneumothorax partiel gauche, occupant environ les $2/3$ inférieurs de l'hémithorax ; le $1/3$ supérieur est occupé par du tissu pulmonaire qui est le siège d'une infiltration massive ; le diaphragme gauche est aplati, irrégulier ; refoulement du médiastin vers la droite ; le poumon droit est sensiblement normal. Expectoration bacillifère.

Le 18 décembre, M. le P^r COUVELAIRE décide l'avortement en raison de *la répétition de l'état de gestation très rapprochée des précédents, de la gravité des lésions pulmonaires ayant évolué à la suite de la gestation précédente, de l'absence d'une complète efficacité du pneumothorax récemment institué.*

Pose d'un faisceau de 2 lamineaires (n° 3 et n° 16). Le 19 décembre, la malade n'a que quelques douleurs assez espacées. Ablation du faisceau de lamineaires, pose d'un nouveau faisceau (n° 29 et n° 26). Le 20 décembre, la température atteignait 40° le matin. Ablation des lamineaires, dilatation admettant le doigt. Curage digital sans anesthésie. Injection intra utérine iodo iodurée.

Suites opératoires : Normales au point de vue obstétrical ; la température oscille entre 37°5 et 38°, toux peu fréquente, expectoration peu abondante.

Après la sortie de la Clinique Baudelocque (31 décembre) le pneumothorax est toujours entretenu mais l'état général décline progressivement avec poussées fébriles (39°) de plus en plus rapprochées.

1932. — Le 23 mars, dernière insufflation du pneumothorax à Laënnec, malade très fatiguée.

Le 10 mai, mort.

OBSERVATION XIV

Année 1932 — n° 352

Tuberculose ulcéro-caséuse droite semblant avoir débuté en janvier 1929 ; pneumothorax impossible ; phrénicectomie droite en septembre 1929. En novembre 1931 tuberculose bilatérale excavée, état précaire. — En février 1932, interruption à trois mois et demi de la première gestation. — Mort en octobre 1932.

M^{me} B... Reine, 23 ans, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants. Deux collatéraux bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1929. — En janvier, épisode pulmonaire aigu étiqueté grippe. Amaigrissement important ; repos au lit de 3 semaines puis reprise du travail. En mars, première hémoptysie, aucun repos, aucun examen médical.

Le 20 avril, examen au Dispensaire de Montargis, poids 49 kg. 600. La température oscille entre 36,8 et 37,4. Pas d'expectoration. Radioscopie : infiltration du lobe supérieur droit sans perte de substance apparente.

Du 8 juin au 14 octobre, séjour en sanatorium ; toux peu fréquente, présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. A la fin du mois, tentative infructueuse de pneumothorax artificiel droit. En août, état général précaire ; hémoptysie ; température vespérale à 38° ; expectoration bacillifère. En septembre, phrénicectomie droite ; légère amélioration de l'état général ; l'expectoration est toujours bacillifère.

Le 26 octobre, Examen au dispensaire : température normale, poids 47 kg. 600 ; ne tousse pas, crache peu (seu-

lement le matin). Auscultation : craquements et râles bulleux dans les 2/3 supérieurs du poumon droit. Radioscopie : ascension de l'hémidiaphragme droit immobile ; opacité de tout le champ pulmonaire droit. Sous la clavicule, image cavitaire. A gauche, quelques marbrures inter-cléïdo-hilaires.

1930. — En janvier, expectoration toujours bacillifère. A partir de mai 1930, s'est fait suivre régulièrement par un médecin particulier à Paris. Pas de modification sensible de l'état de la malade. En décembre, poids 43 kilogrammes, expectoration toujours bacillifère ; laryngite.

1931. — Le 25 avril, elle pèse 40 kg. 700 température oscillante entre 36,8 et 37,4. Mêmes signes à l'auscultation et à la radioscopie qui montrent en plus quelques marbrures au sommet gauche.

1^{re} gestation.

D. R. du 1^{er} au 6 octobre.

Dès le début de la gestation, la malade se sent beaucoup plus fatiguée, la toux est beaucoup plus fréquente, l'expectoration devient plus abondante.

Le 7 novembre, poids 37 kg. 300, température oscille entre 36°7 et 37°7. Diarrhée ; toux fréquente, expectoration abondante. Craquements et râles bulleux aux 2 moitiés supérieures des poumons. La radioscopie montre l'opacité diffuse du champ pulmonaire droit avec image spéléomorphique sous la clavicule. A droite, marbrures inter-cléïdo-hilaires, partie moyenne du champ pulmonaire sombre avec image de petite caverne. *Pas de P. E. actuelle.* Pronostic très sombre. A partir de cette date la malade ne fut plus revue au Dispensaire de Montargis.

1932. — En janvier, la malade vient consulter à la Clinique Baudelocque, examen obstétrical, utérus gravide de 3 mois environ. Examen pulmonaire : expectoration richement bacillifère. Radioscopie confirmée par radiographie. A droite, légère surélévation du diaphragme qui

a conservé sa courbure régulière ; existence d'une caverne dans la région juxta-hilaire. A gauche, au niveau du 1/3 moyen, petite excavation en plein parenchyme. Le 20 janvier, la malade a eu une syncope, tension artérielle 11,5/8.

Le 3 février, M. le D^r LACOMME décide l'interruption de la gestation en raison de la *gravité de la tuberculose pulmonaire, de l'impossibilité de toute thérapeutique phthisiologique active et de l'absence de poussée évolutive depuis le début de la gestation.*

A 12 heures. Pose d'une laminaire n° 23 remplacée à 19 heures par une laminaire n° 30. Le 4 février, à 9 heures rupture de la poche des eaux, aucune réaction douloureuse. A 16 heures, pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 100 centimètres cubes ; apparition passagère de quelques contractions utérines. A 22 heures le ballon n'est pas encore expulsé, température 38°. M. le D^r LACOMME fait pratiquer un curage. Anesthésie légère au chloroforme. Dilatation permettant l'introduction de deux doigts dans la cavité utérine ; le fœtus trop volumineux pour franchir l'orifice cervical est morcelé et les fragments extraits avec la pince de Bonnaire. Décollement du placenta au doigt. Injection intra-utérine iodée.

Suites immédiates : la température est très irrégulière, atteignant parfois 38°4 pendant les premiers jours ; aucune complication d'ordre obstétrical. La malade quitte la clinique, le 22 février, ayant une température normale depuis 5 jours, le pouls est très rapide, dépassant constamment 100 pulsations à la minute.

Le 16 octobre, mort.

OBSERVATION XV

Année 1932 — n° 1579

Tuberculose pulmonaire gauche semblant avoir débuté en février 1927 ; en décembre, institution d'un pneumothorax

gauche partiel ; en mars 1930, institution d'un pneumothorax droit partiel. En mars 1932, à 41 ans, début d'une 4^e gestation très mal supportée. — En juin interruption à 3 mois et demi de la gestation. — Suites immédiates satisfaisantes.

M^{me} V... Pauline, 41 ans, 4^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants. 5 collatéraux bien portants. Un décédé de grippe en 1918.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 15 ans.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation en 1919, accouchement normal d'une fille pesant 3.000 grammes décédée à 16 mois de broncho-pneumonie. Délivrance et suites de couches normales.

2^e gestation en 1921, accouchement normal d'un garçon pesant 3.000 grammes actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales.

3^e gestation en 1923, accouchement normal d'un garçon pesant 2.900 grammes actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales.

Histoire de la tuberculose.

1927. — En février, épisode pulmonaire aigu étiqueté « congestion pulmonaire ». En juin, la malade se sent très fatiguée, maigrit, ne prend pas sa température ; elle ne tousse ni n'expectore. En juillet, août et septembre, dans l'Aveyron ; pas de modifications de l'état général. En novembre, état inchangé ; de plus apparition de la toux et de l'expectoration qui est bacillifère. La radiologie révèle des lésions à gauche.

En décembre, la température dépassait tous les soirs 38°. Le 22, institution d'un pneumothorax artificiel gauche. Le pneumothorax n'est que partiel.

1928. — La malade se repose, la température atteint

fréquemment 38° le soir, l'état général reste inchangé, de même que les signes fonctionnels pulmonaires. Le pneumothorax toujours entretenu se complique d'un épanchement liquidien.

1929. — En mai, une légère amélioration survient, la toux s'atténue, l'expectoration est moins abondante, les poussées fébriles vespérales plus rares. Le pneumothorax est toujours entretenu.

1930. — En janvier, de nouveau l'état général décline : amaigrissement, fatigue, la température atteint et dépasse constamment 38° le soir ; toux et expectoration augmentent. Au début de mars, existence de lésions à droite. Expectoration bacillifère.

Le 15 mars, on institue un pneumothorax droit qui ne sera que partiel. Très rapidement la malade se sent mieux, reprend du poids ; les poussées thermiques vespérales, la toux et l'expectoration disparaissent. Par la suite, l'amélioration continue, les deux pneumothorax sont régulièrement insufflés.

1931. — L'état de la malade est satisfaisant ; elle a pris 5 kilogrammes, elle se repose et fait régulièrement entretenir ses pneumothorax.

1932. — 4^e gestation.

D. R. du 25 au 28 février.

A la fin de mars, tendance syncopale, anorexie, amaigrissement ; la température reste normale, ni toux, ni expectoration, en somme *pas de poussée évolutive*.

En juin, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). La malade est apyrétique et très dyspnéique, très fatiguée, elle tousse et expectore très peu. Les crachats ne renferment pas de B. K. Radioscopie confirmée par radiographie. A gauche, rétraction incomplète du poumon avec adhérence de la base et adhérence complète du sommet. (On ne trouve en oblique qu'une grosse bulle d'air à la base) ; le champ pulmonaire sensiblement normal présente

d'épaisses travées à la base. A droite, pas d'image de pneumothorax.

Le 22 juin, l'avortement est décidé chez cette femme d'âge avancé en raison de la *gravité de la tuberculose pulmonaire évolutive, l'insuffisance du traitement phthisiologique, de l'atteinte grave de l'état général ne semblant pas en rapport cependant avec une poussée évolutive tuberculeuse.*

Pose d'une laminaire n° 28. Le 23 juin, pose de 2 lamineuses en faisceau, n° 28 et n° 12 ; le soir température à 39°2.

Le 24 juin à 3 h. 30, expulsion du fœtus pesant 155 gr. et du placenta pesant 90 grammes. Température à 38°5. Le soir température à 36°8.

Suites immédiates normales, apyrétiques. La malade n'a jamais été revue à la Clinique Baudelocque et il n'a pas été possible d'avoir de ses nouvelles en 1936.

OBSERVATION XVI

Année 1932, n° 3097.

Tuberculose pulmonaire bilatérale avec lésions fibro-caséuses au sommet gauche et scléreuses au sommet droit semblant avoir débuté en octobre 1930 ; premier accouchement en décembre 1931 ; deuxième gestation fin 1932 bien supportée. — Interruption de la gestation à 2 mois et demi en décembre 1932. — Suites immédiates satisfaisantes.

M^{me} P... Marie, 25 ans, serveuse. 3^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants. Une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire, 4 autres collatéraux bien portants, 2 sœurs mortes en bas âge de (?).

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans et demi.
Bronchite à l'âge de 8 ans.

Antécédents obstétricaux.

En juillet 1929, avortement de 3 mois et demi; curettage; suites apyrétiqnes.

Histoire de la tuberculose.

1930. — En juillet à la suite d'un refroidissement, atteinte de l'état général : asthénie, amaigrissement. En octobre, état général précaire, poids 44 kg. 500; toux. Présence de B. K. dans l'expectoration peu abondante. Radiologie : sommet voilé avec petite lésion à droite.

2^e gestation.

D. R. du 24 au 28 février 1931.

Du 31 mars au 28 octobre, séjour au Sanatorium de la Tuyolle, reprise de poids (poids : 50 kg. 450). Lésions fibro-caséuses limitées au sommet gauche et sclérose du poumon droit. Disparition des B. K. de l'expectoration.

Le 8 décembre, accouchement normal à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier) d'un garçon pesant 3.460 grammes immédiatement séparé de sa mère, ayant reçu, le B. C. G., ayant quitté la Clinique Baudelocque le 13 janvier 1932 pour un placement familial, pesant 4.023 grammes actuellement bien portant. Délivrance et suites de couches normales; expectoration non bacillifère.

1932. — Du 20 décembre 1931 au 16 avril 1932, nouveau séjour à la Tuyolle, bon état.

Fin avril 1932, poids 49 kilogrammes. Recherche de B. K. dans l'expectoration négative même après homogénéisation. Examen radiologique : infiltration très fine sous-claviculaire des deux côtés. La malade reprend son travail.

3^e gestation.

D. R. 1^{er} au 5 octobre 1932. Procréateur bien portant.

Le 19 novembre, amaigrissement. Examen radiologique : infiltration légère du 1/3 supérieur des 2 poumons. Les

crachats ne contiennent pas de B. K. Donc aucun signe de *poussée évolutive*.

Le 1^{er} décembre 1932, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier) en vue d'une interruption de gestation. Examen obstétrical : utérus gravide de deux mois environ. Examen pulmonaire : apyrexie, absence de toux, expectoration très peu abondante, non bacillifère. Aux deux sommets, submatité, vibrations exagérées, respiration rude et prolongée, pas de bruits adventices. Radiographie : ombres broncho-vasculaires très marquées des 2 côtés. Quelques images nodulaires irrégulièrement réparties aux régions sus et sous-claviculaires droite et gauche. De plus à droite, image cavitaire sus-claviculaire dans une zone de condensation plus accentuée.

Le 20 décembre, M. le Pr COUVELAIRE est partisan de *l'avortement* en raison du *peu de temps séparant cette gestation de la précédente, l'évolution apparemment favorable de cette tuberculose non activement traitée, la non-stabilité certaine des lésions pulmonaires, l'absence de poussée évolutive au cours de la gestation actuelle*.

Pose d'une laminaire n° 16. Le 21 pose d'une laminaire n° 30. Le 22, pose à 12 heures d'un faisceau de lamineaires n° 28 et n° 14. A 17 h. 30, expulsion spontanée des lamineaires, pose d'un nouveau faisceau de 3 lamineaires (n°s 30, 27 et 18). Le 23 décembre, à 12 heures, les lamineaires sont toujours dans le col, la femme éprouve quelques douleurs, on décide de pratiquer un curage digital. Anesthésie légère au chloroforme. Dilatation permettant l'introduction du doigt dans la cavité utérine. Décollement de l'œuf qui est entier. Extraction du placenta et du fœtus après rupture des membranes. Injection intra-utérine iodo iodurée. Le soir, poussées thermiques à 40°, le lendemain, retour de la température à la normale. Le 5 janvier la malade sort n'ayant pas présenté de signes d'évolution bacillaire. La malade ne fut plus revue à la Clinique Baudelocque.

En 1933, elle était encore vivante. A cette époque aurait quitté Paris pour la Bretagne.

En 1936 pas de renseignements.

OBSERVATION XVII

Année 1933, n° 553.

Tuberculose pulmonaire droite ayant débuté insidieusement en mars 1931, traitée par phrénicectomie et crysothérapie, améliorée jusqu'en janvier 1933. — En mars 1933, interruption à deux mois et demi d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — En avril poussée évolutive nette.

M^{me} B... Marie, couturière, 25 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé de (?). Mère bien portante. Deux collatéraux bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 15 ans. — Rougeole, oreillons, coqueluche, varicelle dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation, en juillet 1927, accouchement normal à terme d'un garçon de 3.700 grammes, bien portant. Suites de couches normales, abcès du sein droit deux mois après l'accouchement.

En décembre 1928, pleurésie séro-fibrineuse droite sans atteinte sérieuse de l'état général, reprise du travail après un mois d'hospitalisation.

Histoire de la tuberculose.

1931. — En mars, de retour à Paris après un séjour de 2 ans à Grenoble, amaigrissement, asthénie, sueurs nocturnes ; la température ne fut jamais prise. En août, laryngite d'apparition, brutale durant 1 mois, toux et expectoration. Présence de B. K. dans les crachats.

En octobre, hospitalisation à Bichat dans le service de

M. le Pr LEMIERRE, tentative infructueuse de pneumothorax artificiel droit. Traitement par crisalbine (2 injections de 0 gr. 20 par semaine, jusqu'à 3 grammes). Reprise de poids (3 kilogrammes en 2 mois) ; signes fonctionnels inchangés : toux fréquente, expectoration abondante et bacillifère. En décembre, phrénicectomie droite. Bons résultats : diminution de l'expectoration ; ascension du diaphragme.

1932. — En février, départ pour le Sanatorium de Magnanville où elle restera jusqu'à son hospitalisation à la Clinique Baudelocque. En mars, épisode pulmonaire aigu : température à 39°5, asthénie, anorexie ; expectoration non augmentée, en même temps apparition d'arthralgies disséminées. Les articulations sont gonflées, douloureuses, de couleur violacée. Le traitement salicylé poursuivi 15 jours est sans effet ; le traitement iodé fait disparaître les douleurs. En avril état général satisfaisant, température à 37°5 le soir ; expectoration peu abondante, non bacillifère : reprise de poids. En décembre, très bon état général, température toujours aux environs de 37°5 ; absence d'expectoration.

Histoire de la 2^e gestation actuelle.

D. R. du 12 à 20 décembre.

1933. — Dès janvier, vomissements fréquents après les repas, asthénie, anorexie, amaigrissement (de 4 kilogrammes en 2 mois) ; la température ne dépasse jamais 37°5 le soir ; pas de toux, l'expectoration reste peu abondante et toujours dépourvue de bacilles. Donc état général déficient mais pas de poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire.

Le 2 mars, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois et demi environ. Examen pulmonaire : aucun signe anormal, pas de B. K. dans les crachats même après homogénéisation. Radiographie : zone d'opacité irrégulière occupant sur une hauteur de 2 espaces intercostaux et une largeur

sensiblement égale la partie inférieure et externe du lobe supérieur. A droite : image opaque de mêmes dimensions siégeant au lobe inférieur ; ascension du diaphragme dont la courbure est irrégulière.

Le 11 mars, M. le P^r COUVELAIRE est partisan de l'*avortement* thérapeutique en raison de la *gravité du début de la tuberculose, l'amélioration nette depuis 8 mois, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation, l'absence de poussée évolutive au cours de la gestation, l'état général déficient depuis le début de cette gestation.*

Pose d'une laminaire n° 28. Le 12, difficulté pour enlever la laminaire étranglée au niveau de l'orifice interne ; pose de 2 lamineires n° 28 et n° 13.

Le 13 mars, anesthésie légère au chloroforme ; dilatation aux bougies de Hégar jusqu'au n° 30, dilatation s'accompagnant d'une hémorragie assez importante. Curage digital, ramenant l'embryon et le placenta, le tout pesant 100 gr. Injection intra-utérine iodo iodurée.

Suites immédiates sensiblement normales, au point de vue obstétrical.

Etat fébrile du 5^e au 13^e jour.

Le 9 avril, la malade retourne au sanatorium de Magnanville, où quelques jours plus tard, elle fait une poussée évolutive franche : fatigue, état subfébrile ; toux, expectoration assez abondante mais bacillifère. Par la suite, amélioration.

Fin 1933, la malade quitte le sanatorium de Magnanville.

Il n'a pas été possible d'avoir de renseignements sur la malade depuis cette date.

OBSERVATION XVIII

Année 1933, n° 2527.

Tuberculose pulmonaire bilatérale avec lobite supérieure droite excavée ayant débuté en juin. Début de gestation à

la fin de la première poussée évolutive ; pneumothorax artificiel impossible ; état stationnaire. — Interruption de la gestation à 4 mois. — Suites immédiates fébriles : poussée évolutive ; janvier 1934, alcoolisation du phrénique droit satisfaisante. 1936, lésions bilatérales ; pronostic sévère.

Mlle P... Arlette, 21 ans, auxiliaire au P. T. T. 2^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père bien portant. Mère morte après accouchement. 6 collatéraux bien portants.

Antécédents personnels.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. — Angines fréquentes. En 1929, épisode pulmonaire qualifié « pleurite sèche droite » ; par la suite, point de côté douloureux fréquent surtout après un effort.

Antécédents obstétricaux.

1932. — 1^{re} gestation : au début, pus dans les urines.

Le 22 décembre, accouchement normal d'une fille pesant 3 kg. 300, nourrie au sein actuellement bien portante. Suites de couches fébriles : hospitalisation d'un mois à la Maternité.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1933. — Après sa sortie de la Maternité la femme se sent extrêmement fatiguée, maigrit, mais reprend son travail. En juin, température vespérale à 38°5 pendant quelques jours. Toux.

2^e gestation.

D. R. début juillet. Procréateur bien portant.

La malade, devant l'absence des règles se fait aussitôt examiner dans une maternité où à l'occasion de l'examen général on découvre des lésions du poumon droit. Elle est alors envoyée à Laënnec. Le 11 août, hospitalisation dans le service de M. le Dr RIST. Examen : malade ayant un bon état général ; toussant, mais crachant peu. Matité des

deux sommets ; craquements et râles consonants du sommet droit ; craquements au sommet gauche. Expectoration bacillifère. A la radio : à droite lobite supérieure excavée, à gauche infiltration discrète.

Le 22 août, plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel droit : symphyse pleurale. Le 26 août : début d'un traitement par la crisalbine. L'expectoration est toujours bacillifère. Le poids reste stationnaire, température irrégulière entre 37 et 38°.

Le 10 novembre, M. le Dr RIST adressant la malade à M. le Pr COUVELAIRE pose la question d'interruption de la gestation.

Examen obstétrical : utérus gravide de 4 mois. Radiographie : de chaque hile partent des tractus en éventail aboutissant au niveau des zones claviculaires en une zone d'opacité irrégulière plus étendue au sommet droit qu'au sommet gauche. Depuis juillet *aucun changement dans l'état de la malade* qui a reçu au total 5 gr. 30 de crisalbine.

Le 28 novembre, M. le Pr COUVELAIRE décide l'avortement en raison de la *gravité de la première poussée évolutive ne remontant qu'à 5 mois, l'absence depuis ce moment et en particulier au cours de la gestation de poussée évolutive de cette tuberculose en activité, l'impossibilité d'une thérapeutique phthisiologique très efficace.*

Pose d'une laminaire n° 28 ; dans l'après-midi la femme ressent quelques douleurs peu intenses qui cessent complètement le soir. Le 29 novembre, à 11 heures, la dilatation obtenue est complétée à l'aide de quelques bougies de Hégar. On introduit un ballon de Champetier de Ribes de 100 centimètres cubes. A 20 heures apparition des premières douleurs assez intenses persistant toute la nuit. Le 30 novembre à 10 h. 30, le ballon est expulsé dans le vagin avec le fœtus et le placenta.

Suites opératoires : normales au point de vue obstétrical.

Recrudescence de la toux et de l'expectoration, température rémittente oscillant autour de 38° pendant 8 jours avec retour progressif à 37°. Légères douleurs à la toux au sommet gauche. Signes physiques peu modifiés : bouffées de râles fins dans la région sous-épineuse gauche après la toux. A droite : pas de changement.

Le 13 décembre, la malade sort sur sa demande.

Le 21 décembre, nouvelle hospitalisation à Laënnec (service de M. le Dr RIST) : expectoration encore baccillifère.

Le 24, température élevée avec clocher à 39,9 oscillant par la suite de 38 à 39, puis autour de 38, enfin stabilisation entre 37 et 38 à partir du 6 janvier.

1934. — Le 5 janvier, début d'une série de crisalbine.

Le 11 janvier, alcoolisation du phrénique droit.

Le 22 janvier, départ de l'hôpital : reprise de poids de 1 kilogramme.

Le 13 février, nouvelle hospitalisation à Laënnec : expectoration toujours bacillifère. A la radio : condensation lobaire eupérieure droite ; paralysie et ascension de l'hémi-diaphragme droit. Les injections de crisalbine sont continuées.

Le 22 mars, départ de Laënnec ; la malade a reçu 0 gr. 80 de crisalbine, a repris 1 kilogramme ; la température oscille entre 37 et 38° ; les règles sont réapparues normalement.

Le 30 mai, au point de vue pulmonaire : pas d'amélioration considérable à droite, persistance de marbrures à gauche.

Le 11 décembre, la malade s'est reposée dans la Corrèze. Apyrexie, mais amaigrissement de kilogrammes. Toux fréquente, expectoration assez abondante (10 crachats par jour).

1935. — Le 8 mai, aucun changement par rapport aux examens antérieurs.

Le 19 novembre, entrée au sanatorium de Montfaucon

(Lot). Radioscopie confirmée par radiographie : à droite, ascension diaphragmatique : 3 travers de doigt ; immobilité du diaphragme ; de ce même côté, rétraction thoracique et trachéo médiastinale. La 1/2 supérieure de ce champ présente 2 cavernes superposées de 4 centimètres de diamètre environ, la supérieure bien limitée à cheval sur la clavicule. A gauche : taches et marbrures disséminées dans tout le champ pulmonaire surtout accentuées sous la clavicule gauche. Examen clinique : A droite : matité au sommet avec vibrations augmentées, retentissement caverneux de la toux à ce niveau, râles bulleux fins après la toux dans les fosses sus-claviculaires et sus-épineuses, quelques frottements à la base, en arrière. A gauche : respiration soufflante, retentissement de la toux au sommet et dans la région homo-vertébrale. Quelques craquements après la toux à ce niveau. Expectoration bacillifère. Traitement : cure de repos, crisalbine à doses faibles car la malade a présenté des traces d'albumine dans ses urines.

En avril 1936, assez bon état général : augmentation pondérale par rapport à l'entrée (3 kilogrammes), température vespérale maxima 37°9 ; toux assez fréquente la nuit, pas de dyspnée, expectoration : 13/14 crachats par jour constamment bacillifères.

OBSERVATION XIX

Année 1934 — n° 170

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée paraissant avoir débuté en septembre 1931 traitée et améliorée par pneumothorax artificiel gauche. — En janvier 1934, interruption à trois mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive certaine. — Pneumothorax arrêté en juillet 1934 ; en mars 1936 femme bien portante.

M^{lle} G... Marthe, modiste, 25 ans, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père tué à la guerre. Mère bien portante.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. — Rougeole, varicelle, coqueluche, oreillons dans l'enfance. Phlegmon amygdalien en 1927.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1931. — En septembre, fatigue, anorexie, amaigrissement de 1 kilo ; toux mais pas d'expectoration. En octobre, épisode aigu fébrile avec élévation thermique progressive en 2 à 3 jours à 39-40° et point de côté gauche. La toux augmente de fréquence ramenant parfois une expectoration muco-purulente. Au bout de quelques jours, disparition de la fièvre et du point de côté. Dans l'expectoration on trouve des Bacilles de Koch.

En novembre, le 2, examen au Dispensaire Léon Bourgeois : existence de lésions pulmonaires à gauche. Le 13, hospitalisation dans le Service de M. le Dr RIST : température à 38° le matin, 39° le soir. Au sommet gauche : matité et râles consonants. Radiographie : caverne de 2 centimètres et demi de diamètre sous-claviculaire gauche ; quelques tâches péri-cavitaires peu marquées.

Le 17 novembre, institution d'un pneumothorax artificiel gauche. Radiographie : pneumothorax gauche ; la cavité est encore visible, maintenue béante par un système de brides apicales ; léger déplacement du médiastin.

Le 20 décembre, la température qui était devenue normale après le pneumothorax monte à 38°5 en même temps que s'installe un point de côté gauche. La radioscopie montre une petite quantité de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique gauche.

1932. — L'état général s'améliore d'une façon progressive ; l'expectoration diminue mais reste bacillifère. Le 4 février la malade quitte Laënnec ayant repris 6 kilo-

grammes. Elle viendra continuer son traitement. En avril, on note encore un léger épanchement gauche.

1933. — Par la suite la malade se repose, est très bien portante tousse peu, ne crache pas. Le pneumothorax est toujours entretenu.

1^{re} gestation.

D. R. du 15 au 19 octobre. Procréateur bien portant.

Dès le début de la gestation, fatigue, anorexie, amaigrissement de 1 kilogramme, pas de fièvre, point de côté gauche mais ni toux ni expectoration.

En décembre, après examen à Laënnec, la malade est envoyée à la Clinique Baudelocque. La question d'avortement est posée « du fait de quelques taches du côté symétrique ».

1934. — Le 4 janvier, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier) : malade apyrétique mais anorexique, asthénie et amaigrie. Toux peu fréquente, expectoration très peu abondante, non bacillifère. Radiographie : pneumothorax gauche ayant décollé tout le poumon avec refoulement du médiastin vers la droite. Rétraction incomplète du poumon ; à droite : peut-être deux petites cavernes superposées de la région juxta hilaire. Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois environ. Le 16 janvier M. le Pr COUVELAIRE décide l'avortement en raison de la *gravité de la première poussée évolutive, l'amélioration certaine jusqu'à la gestation, l'absence de stabilisation des lésions peut être activée par la gestation, l'atteinte de l'état général malgré l'absence de poussée évolutive certaine.*

Pose d'une laminaire n° 8 ; le 17 pose d'une laminaire n° 28 ; le 18 à 11 heures pose d'un faisceau de lamineaires n° 28 et 29 ; à 18 heures, curage digital : anesthésie légère au chloroforme, dilatation permettant l'introduction d'un doigt dans la cavité utérine, on décolle l'œuf qui est intact et on l'extrait à l'aide d'une pince et de la grande curette mousse. Injection intra-utérine iodée.

Le 30 janvier, la malade sort sur sa demande, n'ayant présenté aucun signe d'évolution tuberculeuse. Apyrexie. Suites opératoires normales.

En juillet, arrêt du pneumothorax à cause d'une symphyse pleurale.

1936. — En mars, la malade qui n'a jamais repris son travail était bien portante, ne toussait pas, ni ne crachait ; elle se disait bien portante depuis l'avortement.

OBSERVATION XX

Année 1934 — n° 1085

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée ayant débuté brutalement en mars 1929, très lentement améliorée, pneumothorax partiel entretenu. — En mai 1934, interruption à deux mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Arrêt du pneumothorax fin 1934. En 1936, femme très bien portante.

M^{lle} B... Élisabeth, 28 ans, infirmière, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père mort tuberculeux ; mère, un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 15 ans. — Rougeole, coqueluche, fièvre thyphoïde, érysipèle, oreillons dans l'enfance. Opérée de l'appendicite en 1927. Fréquemment, point de côté thoracique droit.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1929. — En mars, brusquement hémoptysie de moyenne abondance, repos au lit de 15 jours, pas d'examen de crachats ; séjour de 3 mois à la campagne, aucun trouble fonctionnel.

Fouassier, Amédée, Pierre, Henri.

En juillet, institution d'un pneumothorax artificiel droit qui se complique en 1930 d'épanchement pleural.

1930 et 1931. — Repos à la campagne, pas de fièvre, la malade tousse peu, crache très peu, le pneumothorax quoique partiel est toujours entretenu.

1932 et 1933. — Reprise du travail, amaigrissement progressif. En septembre, épisode fébrile, toux et expectoration, bacillifère, repos au lit pendant quelques jours, puis la malade reprend immédiatement son travail. Depuis le début de 1932 jusqu'à septembre 1933, elle avait maigri de 12 kilogrammes.

1934. — *Première gestation.*

D. R. fin janvier. Procréateur bien portant.

On ne constate aucun signe de poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire. Le 20 avril, la malade est adressée à la Clinique Baudelocque par M. le Dr SMOLIZANSKI en vue d'un avortement thérapeutique.

Le 24 avril, admission à la clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). La malade a maigri ayant un état général précaire, toussant très peu, ne crachant pas. Radiographie : à droite, pneumothorax : on constate seulement l'existence d'une petite poche dans la région externe. Le sommet s'éclaire mal à la toux, caverne de la région sous-claviculaire ; le sinus costo-diaphragmatique ne s'ouvre pas bien et n'est pas clair à gauche : sommet s'éclairant mal à la toux, calcification dans la région hilare, sinus costo-diaphragmatique normal. Examen obstétrical : utérus gravide de 3 mois environ. Le 9 mai M. le Pr COUVELAIRE décide de pratiquer *l'avortement* en raison de la *gravité de cette tuberculose pulmonaire, la lente amélioration, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation, l'impossibilité d'une thérapeutique phthisiologique active, l'absence de poussée évolutive certaines depuis le début de la gestation paraissant assez mal supportée.*

Pose d'une laminaire n° 24. Le 10 mai, on complète la

dilatation aux bougies de Hégar : lorsque la dilatation est suffisante pour introduire un doigt on décolle l'œuf et on l'extrait à l'aide d'une pince de Bonnaire. L'exploration de l'utérus est difficile en raison de deux cornes très développées séparées par un éperon médian.

Le 31 mai, après des suites opératoires normales, la malade quitte la Clinique Baudelocque n'ayant pas présenté de signe d'évolution tuberculeuse ; apyrexie.

En novembre, le pneumothorax n'est plus insufflé. La malade bien portante a repris son travail depuis 3 mois.

1936. — En mai, la malade est très bien portante, son expectoration est toujours dépourvue de Bacilles de Koch.

OBSERVATION XXI

Année 1934 — n° 1321

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse extensive unilatérale droite ayant débuté en février 1933, traitée et améliorée par pneumothorax compliqué d'épanchement liquidien à partir de juillet. — En juin 1934, interruption à deux mois et demi d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — 1936. Femme bien portante.

M^{me} M... Alice 31 ans, 4^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé à 40 ans. Mère décédée d'une tuberculose pulmonaire à 30 ans.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. — Rougeole, coqueluche, scarlatine non compliquées dans l'enfance. A 16 ans crises de coliques hépatiques. A 20, 23 et 24 ans ictère par rétention apyrétique durant 2 à 3 semaines.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation en 1926, accouchement normal d'un garçon

pesant 2. 900 grammes actuellement atteint d'adénopathie trachéo-bronchique. Suites de couches fébriles.

2^e gestation en 1928, avortement de deux mois. Pas de curettage.

3^e gestation en 1930, avortement de 1 mois et demi. Pas de curettage.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1933. — En février, fatigue, amaigrissement de 10 kilogrammes, sueurs nocturnes ; apparition de la toux. En mars, hémoptysie de moyenne abondance, température à 38° pendant quelques jours ; expectoration bacillifère.

Le 8 avril, institution d'un pneumothorax artificiel droit, total, efficace.

En mai, à trois reprises, hémoptysie. En juillet, réaction liquidienne bien supportée du côté du pneumothorax toujours entretenu. Par la suite amélioration de l'état général, reprise de poids de 3 kilog. 500.

1934. — 4^e gestation.

D. R. du 12 au 16 mars. Procréateur bien portant.

La femme se sent plus fatiguée, mais sans atteinte grave de l'état général ; pas de signes fonctionnels pulmonaires. *Pas de poussée évolutive de la tuberculose.*

Le 24 mai, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Examen radioscopique : bon collapsus avec épanchement pleural remontant au milieu du champ pulmonaire. Absence de B. K. dans les crachats même après homogénéisation. Examen obstétrical : gestation de 2 mois 1/2.

Le 6 juin, M. le Pr COUVELAIRE décide d'*interrompre la gestation en raison de la gravité de la première poussée évolutive, l'amélioration certaine de l'état de la malade, l'impossibilité d'affirmer la stabilisation des lésions, la complication pleurale du pneumothorax, l'absence de poussée évolutive au cours de la gestation.*

Pose d'une laminaire n° 20, remplacée le soir par une laminaire n° 24. Le 7 juin, pose d'une laminaire n° 28, rem-

placée le soir par 2 lamineurs n° 28 et 8. Le 8 juin, on complète la dilatation aux bougies de Hégar. La dilatation permet d'introduire un doigt. On décolle l'œuf après l'avoir fragmenté avec une pince à pansement et on évacue complètement l'utérus avec une grosse curette mousse. L'œuf pèse un poids total de 110 grammes. Ecouvillonnage de la cavité utérine à la compresse iodée.

Suites immédiates normales, aucune poussée évolutive tuberculeuse ; la femme quitte la Clinique le 16 juin sur sa demande.

1936. — En mai, femme bien portante, ayant repris une activité normale ; le pneumothorax est toujours entretenu ; la malade a pris 13 kilogrammes en un an.

OBSERVATION XXII

Année 1935 — n° 510

Tuberculose pulmonaire droite ayant débuté en 1926 et évoluant d'une façon torpide jusqu'en 1934. A la suite d'une poussée évolutive en août 1934, pneumothorax artificiel partiel et inefficace compliqué d'épanchement pleural. — En mars 1935, interruption à trois mois d'une gestation non accompagnée de poussée évolutive. — Suites immédiates normales ; en mai poussée évolutive ; en avril 1936. Etat cachectique.

M^{me} G... Germaine, 32 ans, sténo-dactylo, 1^{re} gestation.
Antécédents héréditaires.

Père décédé de tuberculose pulmonaire à 32 ans. Mère bien portante.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. Coqueluche rougeole, varicelle dans l'enfance.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1926. — En octobre, asthénie, anorexie, sueurs nocturnes, température vespérale fréquemment à 39° ; toux ; on institue un traitement par les sels d'or interrompu à cause de diarrhée.

1927. — En juin, un examen radiologique montre une lésion du poumon droit. Reprise du traitement aurique. En juillet, hémoptysie importante accompagnée d'une élévation thermique à 40°. En août, amaigrissement de 17 kilogrammes depuis un an. Séjour en sanatorium. Amélioration, reprise de poids, température moins élevée (37°5).

De novembre 1927 à janvier 1933, la malade se repose chez elle, elle reçoit deux séries de 7 grammes de crisalbine par an ; état stationnaire.

1933. — En janvier reprend son travail. D'avril 1933 à juillet 1934, asthénie, anorexie, amaigrissement progressif. Apparition de sueurs nocturnes, de toux avec expectoration abondante, on pratique une série d'injections de sels d'or suivie d'une légère amélioration malgré la continuation du travail. En juillet 1934, hémoptysie de petite abondance (quelques crachats) avec température à 40°. Etat général déficient. Un examen radiologique et un examen bacilloscopique positif sont pratiqués à l'Hôtel-Dieu d'où l'on adresse la malade au Dr AMEUILLE à Cochin.

En août, institution d'un pneumothorax artificiel droit. Par suite d'adhérences pleurales, le collapsus n'est que partiel.

En octobre, du côté du pneumothorax entretenu régulièrement, réaction liquidienne de plus en plus importante ; à la radiographie double niveau l'un libre à la base droite, l'autre enkysté à la partie moyenne.

1^{re} gestation.

D. R. du 30 novembre au 3 décembre 1934. Procréateur bien portant.

1935. — Le 12 février, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Malade fatiguée, apyrétique, toux

fréquente avec expectoration toujours bacillifère. Gestation de deux mois environ.

Le 8 mars, état inchangé, M. le Pr COUVELAIRE décide l'avortement en raison de la gravité de la poussée évolutive de juillet 1934, de l'état stationnaire surtout au cours de la gestation, de la non-stabilisation des lésions et de l'incomplète efficacité du pneumothorax.

A 11 heures, pose d'une laminaire n° 15 remplacée à 17 heures par une laminaire n° 20. Le 9 mars, pose de deux lamineaires n°s 29 et 15. A 17 H. 30, évacuation de l'utérus. Anesthésie épidurale, anesthésie obtenue au bout de 10 minutes et permettant l'introduction facile de la main dans le vagin. Le col admet facilement le doigt ; ouverture de l'œuf et extraction du fœtus par morcellement (fœtus de 3 mois environ) ; curage digital et extraction à la curette des débris placentaires ; aucune hémorragie ; injection intra-utérine iodée chaude. Toutes ces manœuvres ont été très peu douloureuses, seules les manœuvres intra-utérines étaient légèrement sensibles. L'anesthésie vaginale et le relâchement périnéal sont restés parfaits jusqu'à la fin de l'intervention.

Suites opératoires normales, aucun signe de poussée évolutive de la tuberculose.

Par la suite le pneumothorax est régulièrement entretenu, l'expectoration est toujours bacillifère.

Le 18 juin, hospitalisation à l'Hôpital Cochin (service de M. le Dr AMEUILLE). Depuis 2 mois, température irrégulière, persistante à 39°, 39°5, amaigrissement (900 grammes en 10 jours), sueurs nocturnes, anorexie, fatigue extrême ; points douloureux sous-claviculaire et axillaire droit, toux et expectoration bacillifère ; alternatives de diarrhée et constipation. Les règles sont normales.

Le 12 juillet, on abandonne définitivement le pneumothorax.

1936. — En mars, malade fébrile, cachectique, présentant

des troubles intestinaux, vraisemblablement liés à une localisation intestinale de la tuberculose.

En juillet, légère amélioration. La malade est envoyée à Brévannes.

OBSERVATION XXIII

Année 1935, n° 551 bis.

Tuberculose pulmonaire droite excavée et évolutive dont le début a coïncidé avec la première gestation chez une malade de 16 ans. — Avortement à deux mois et demi.

M^{lle} M... Joséphine, 16 ans, marchande de fleurs, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Père tuberculeux pulmonaire. Mère bien portante. 14 collatéraux : un décédé en bas âge de (?), une sœur décédée accidentellement à 20 ans, une sœur de 22 ans tuberculeuse, 9 sœurs et 2 frères bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans. Nie tout antécédent pathologique.

1^{re} gestation.

D. R. du 22 au 25 décembre 1934. Procréateur bien portant.

En janvier 1935, angine avec température à 39°, repos au lit de 8 jours ; reprise immédiate du travail, atteinte de l'état général, asthénie, anorexie, amaigrissement ; toux et expectoration.

Le 26 février, hémoptysie de moyenne abondance, se renouvelant les jours suivants, hospitalisation à Bicêtre dans le service de M. le Dr MOREAU. Au sommet droit, en avant, percussion douloureuse, submatité ; souffles et râles,

après la toux quelques craquements ; expectoration bacillifère.

Le 8 mars, hospitalisation à Baudelocque (Pav. Tarnier) au cours d'une sédation des hémoptysies répétées. Le 10 mars, malade très fatiguée, répondant avec peine à l'interrogatoire. Température à 38° ; toux peu fréquente, expectoration abondante hémoptoïque. Examen pulmonaire : au sommet droit, submatité, craquements et râles humides sous-claviculaires à timbre caverneux. Radioscopie : au 1/3 moyen du champ pulmonaire droit ; grosses tache sombre à centre clair ; autour de cette lésion, image en mie de pain, sinus costo-diaphragmatique droit obscurci. A gauche, image normale. Radiographie : grosse spéléonque ovalaire dont le plus grand axe occupe la hauteur des 2 premiers espaces intercostaux sous la clavicule ; autour de la spéléonque, grosse zone de condensation ; opacité de la partie supérieure du hile droit, champ pulmonaire gauche normal. Examen obstétrical : utérus gravide de deux mois et demi environ. Eréthisme cardiaque, tension artérielle 9 1/2, 6.

Le 12 mars, M. le Pr COUVELAIRE décide l'interruption de la gestation en raison de la *coïncidence de la première poussée évolutive grave d'une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive et de l'état de gestation, en vue de permettre à cette jeune malade d'être dans les meilleures conditions pour subir un traitement physiologique actif.*

Pose d'une laminaire n° 22, remplacée le soir par une laminaire n° 25. Le 13 mars, la dilatation du col ne permet pas l'introduction du doigt, pose de deux lamineires n°s 20 et 30 en faisceau. Le 14 mars, depuis le matin, douleurs assez prolongées et bien rapprochées. A 16 h. 30, anesthésie légère au chloroforme, introduction de la main dans le vagin, le col est perméable au doigt, ouverture de l'œuf, extraction du fœtus par morcellement, curage digital et extraction à la curette des débris placentaires ; légère

hémorragie, injection intra-utérine iodée chaude, injection de 1 centimètre cube d'extrait hypophysaire.

Après l'intervention, bon état général. Le 18 mars, l'expectoration, jusque-là toujours hémoptoïque n'est plus teintée de sang, l'état de la malade semble s'améliorer, température à 37 le matin, 37,5 le soir. Le 5 avril, amélioration, apyrexie, excellent appétit, disparition presque complète de la toux, expectoration peu abondante mais toujours bacillifère. La malade quitte la Clinique Baudelocque pour Bicêtre.

Le 6 mai, nouvelle hospitalisation à Cochin (service de M. le Dr AMEUILLE) en vue de l'institution d'un pneumothorax artificiel. A ce moment, la malade a repris 2 kilogrammes, la température atteint le soir 38°. Le diganostic de tuberculose ulcéro-nodulaire discrète du poumon droit avec hémoptysie est porté. Le 13 mai, la malade sort sur sa demande, refusant le pneumothorax et préférant se faire soigner à Colmar où se trouve sa famille.

Octobre 1935 et avril 1936, la femme n'a pu être retrouvée.

OBSERVATION XXIV

Année 1935, n° 1485

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse gauche semblant avoir débuté en 1931 ; en septembre 1933, phrénicectomie ; latence pendant un an ; début mars, fin avril et début juin 1935, poussée évolutive. — En juillet, en dehors d'une poussée évolutive interruption à 2 mois et demi d'une gestation. — Poussée évolutive fin juillet. En avril 1936, mort.

M^{me} K... Claire, 30 ans, roumaine, 3^e gestation.

Antécédents héréditaires.

Père décédé à 42 ans de grippe espagnole. Mère décédée à 40 ans de fièvre typhoïde. 2 sœurs bien portantes.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans. — Rougeole dans l'enfance, diphtérie à 23 ans.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation, accouchement normal à terme d'une fille actuellement vivante, suites de couches normales.

2^e gestation en 1928, accouchement normal à terme d'une fille, suites de couches normales.

Histoire de la tuberculose pulmonaire.

1931. — La malade eut plusieurs hémoptysies répétées qui ne l'immobilisèrent que 15 jours ; à ce moment, asthénie marquée, amaigrissement de 4 kilogrammes, sueurs nocturnes fréquentes mais pas de fièvre. Après cette épisode, reprise d'une vie sensiblement normale pendant un an.

1932. — En juin, scarlatine sans complication, suivie d'une reprise de poids de 5 kilogrammes.

En octobre, examen radiologique au Dispensaire Léon Bourgeois, taches d'aspect calcifié au niveau du hile droit ; diminution d'extension des deux héli-diaphragmes ; taches et marbrures entre hile et clavicule gauche. L'état de la malade est cependant satisfaisant.

1933. — En mai, épisode grippal avec coryza. Toux sans expectoration. Par la suite, persistance de la fatigue et de nouveau amaigrissement de 5 kilogrammes en cinq mois.

En août, hospitalisation à Laënnec dans le service de M. le Pr BEZANÇON : douleurs vives au niveau des 2 sommets avec insomnie, fatigue extrême, appétit conservé, pas de fièvre ; toux, expectoration peu abondante mais bacillifère. Examen : abolition des vibrations au sommet gauche, douleurs à la percussion de l'hémithorax, gauche, respiration rude dans le champ pulmonaire : râles humides après la toux au sommet. A droite : râles humides de la fosse sus-épineuse, aucun autre bruit adventice de ce côté. Radiologie à droite, taches d'aspect calcifié, au niveau du hile. — Taches et marbrures au sommet à gauche, taches et mar-

brures entre hile et clavicule avec aspect de spélouque rétro et sous-claviculaire d'un diamètre de 4 centimètres, sillonnée de travées.

Le 28 août, institution d'un pneumothorax abandonné après la 4^e insufflation.

Le 19 septembre, phrénicectomie et début d'un traitement aurique.

Le 8 novembre, départ de Laënnec pour La Salpêtrière, la malade a reçu 1 gr. 55 de crisalbine, elle a repris près de 2 kilogrammes. Pendant tout son séjour, la température s'est maintenue à 37°6-37°8 le matin et à 37°, 37°2 le soir ; expectoration peu abondante, mais toujours bacillifère. Pendant l'hospitalisation de 6 semaines à la Salpêtrière, l'amélioration continue, un traitement aurique est toujours pratiqué.

1934. — Séjour de 7 mois en Roumanie, l'état général est très satisfaisant, toux encore fréquente, expectoration peu abondante.

1935. — En mars, épisode fébrile aigu, à 40°, étiqueté grippe, au cours duquel la malade rejette une expectoration hémoptoïque. Au bout de quelques jours, retour de la température à la normale, asthénie, anorexie, amaigrissement ; toux fréquente, expectoration abondante.

Au début d'avril, examen radiologique au Dispensaire Léon Bourgeois, taches opaques au sommet droit ; à gauche : ascension du diaphragme, image spléleomorphique nette au sommet. A ce moment, la question d'une thoracoplastie est envisagée.

3^e Gestation.

D. R. du 20 au 25 avril. — Procréateur le même pour les 3 gestations, bien portant.

Fin avril, nouvelle période fébrile de 15 jours, la toux est de plus en plus fréquente, l'expectoration de plus en plus abondante, souvent hémoptoïque. A l'auscultation, bruits secs, consonnants sous-claviculaires gauches. Radios-

copie : à droite, fines taches floues, au-dessous de l'angle cléido-pariétal ; à gauche, curieux aspect de dédoublement de l'hémi-diaphragme, qui est légèrement surélevé et immobile, large spélouque de l'apex, quelques fines travées sous-jacentes.

Le 1^{er} juin, hémoptysie très abondante sur la voie publique, transport à l'Hôpital Tenon, où la malade reste dix jours.

Le 20 juin, hospitalisation à Laënnec (service de M. le Pr BEZANÇON), pâleur cireuse, apyrexie, toux fréquente, expectoration abondante, bacillifère.

En raison de l'état de gestation, M. le Pr BEZANÇON, adressant, le 1^{er} juillet la malade à la Clinique Baudelocque, écrit : « Cette malade, enceinte de 2 mois environ, présente une tuberculose pulmonaire, évoluant depuis plus de 2 ans, ayant nécessité déjà une phrénicectomie. Étant donné l'état général de la malade, son expectoration fortement bacillifère, la présence d'une géode récente du poumon gauche, j'estime que la grossesse doit être interrompue par avortement thérapeutique. 2 enfants antérieurs à la maladie ».

A l'auscultation, du côté gauche, au-dessous de la clavicule, présence d'un souffle localisé au 1/3 interne.

Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois environ, malade apyrétique, pâle, asthénisée, ayant conservé l'appétit ; toussant beaucoup, expectorant peu ; présence de B. K. dans les crachats. Radioscopie : image cavitaire sous la clavicule gauche, hémi-diaphragme surélevé et immobile, sommet droit s'éclairant mal. Espace rétro-cardiaque clair.

Le 13 juillet, légère amélioration de l'état général, apyrexie. M. le Pr COUVELAIRE consent à l'avortement en raison de la gravité de la tuberculose pulmonaire, ayant une tendance nettement évolutive, l'impossibilité du traitement phtisiologique, l'absence de tout signe de poussée évolutive actuelle.

Pose d'une laminaire n° 23. Le 14 juillet, on retire la laminaire et on en pose 2 en faisceau (N° 28 et N° 30). A 17 h. 30, frissons. On décide de pratiquer l'avortement. Anesthésie des ganglions para-utérins à la solution de novocaïne à 1/200^e, on attend 10 minutes ; le col semble insuffisamment dilaté pour un curage digital, dilatation aux bougies de Hégar ; le curage digital ramène un fœtus de 4 à 5 centimètres environ et un placenta déchiqueté. Le col et toute la partie inférieure du col utérin sont complètement indolores, le fond utérin par contre est douloureux. Il est difficile de faire une révision au doigt et on décide de la faire à la curette mousse ; pas d'hémorragie, injection intra-utérine iodée, badigeonnage à la compresse iodée. Après l'intervention, bon état général. Suites opératoires : du 29 juillet au 3 août, température constamment au-dessus de 38°, la malade est fatiguée ; auscultation pulmonaire, quelques craquements après la toux au sommet gauche. Aucun signe anormal au point de vue obstétrical. A partir du 3 août, la température devient normale, mais asthénie, toux et expectoration bacillifère persistent.

Le 10 août, la malade est réadmise à Laënnec. Du 11 au 17 août, la température dépasse le soir 38°, hémorragies utérines abondantes pendant quelques jours ; par la suite, persistance d'un suintement sanglant ; hémorragies de nouveau abondantes du 30 août au 5 septembre. Le 12 septembre, curettage, mais persistance des hémorragies. Du 10 au 15 octobre, hémorragies utérines, très abondantes, qui auraient alors définitivement cédé à une thérapeutique médicale. Radiographie pulmonaire : accentuation des lésions dans les 2 champs pulmonaires.

Le 13 novembre, la malade quitte l'hôpital Laënnec, elle est toujours très fatiguée, elle a maigri de 1 kilogramme, l'expectoration n'a jamais cessé d'être bacillifère.

Le 27 mars, malade hospitalisée depuis un mois à l'Hôpital Saint-Antoine, température rémittente très irrégulière.

lière, anorexie, amaigrissement considérable, expectoration richement bacillifère, diarrhée permanente. Radiographie : lésions diffuses des deux champs pulmonaires.

Le 10 avril, mort.

OBSERVATION XXV

année 1935, n° 2296

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse gauche, très évolutive, ayant débuté avec la première gestation actuelle, chez une malade de 15 ans et demi. — Interruption de la gestation à 3 mois et demi. — Après l'avortement, institution d'un pneumothorax partiel, amélioration de l'état général.

M^{me} L... Paulette, brocheuse, 1^{re} gestation, 15 ans et demi.

Antécédents héréditaires.

Parents bien portants.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. — Varielle dans l'enfance, broncho-pneumonie à 8 ans.

1^{re} Gestation.

D. R. du 14 au 17 juillet 1935. Procréateur bien portant.

En août, douleurs au-dessus des fosses sus et sous-épineuses gauches, toux peu fréquente, pas d'expectoration ; pas de fièvre, grande fatigue, sueurs nocturnes. Fin août, épisode aigu, fébrile, avec température aux environs de 39°, puis la température revient à 37° et oscille entre 37 et 38°, jusqu'à l'avortement.

Le 26 septembre, admission dans un établissement hospitalier, amaigrissement de 8 kilogrammes, la radiographie montre à gauche des pommelures de tout le champ pulmonaire et, à droite, une image sensiblement normale ; expectoration bacillifère. La création d'un pneumothorax artificiel aurait été envisagée.

Le 4 octobre, admission à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier), en vue d'un avortement thérapeutique. État général précaire. Examen pulmonaire : à gauche, au sommet, matité, expiration forte et prolongée, râles bulleux, bronchophonie et pectoriloquie, quelques râles sous-crépitants dans le reste du champ pulmonaire — à droite : pas de modifications stétacoustiques. Expectoration bacillifère. Radiographie : infiltration nodulaire du champ pulmonaire gauche, avec petite image spéléomorphique à la partie moyenne ; légère opacification de la base droite, image vaguement triangulaire, à sommet interne et à base externe ; il existe une bande claire entre la zone opaque citée et la projection de la coupole diaphragmatique. Examen obstétrical : utérus gravide de 2 mois et demi environ. Le 12 octobre, expectoration encore bacillifère, la malade a repris 700 grammes depuis son arrivée. Le 18 octobre, augmentation de 1 kg. 400 ; le 22 octobre, augmentation de 800 grammes. Le 28 octobre, à l'auscultation, syndrome cavitairé du sommet gauche, murmure vésiculaire diminué à la base ; respiration un peu granuleuse à droite.

Le 30 octobre, M. le Pr COUVELAIRE décide d'*interrompre* la gestation chez cette jeune malade, en raison de l'*évolution rapide des lésions qui ne semblent plus justiciables d'une thérapeutique phtisiologique active.*

Pose d'une laminaire n° 14, remplacée le soir par une laminaire n° 28. Le 31 octobre, pose de 3 lamineaires (28-24-15 en faisceau), remplacées le soir par 3 nouvelles lamineaires (28-30-8). Le 1^{er} novembre, pose de 3 lamineaires n° 28. Intervention le soir ; anesthésie épidurale ; l'examen du col, pratiqué sous valve montre que celui-ci a conservé toute sa longueur, l'orifice interne du col n'est dilaté que pour accepter un doigt. La pince de Bonnaire introduite permet d'extraire facilement le fœtus jusqu'à la tête, celle-ci est retenue à l'orifice interne ; en raison de l'agitation

de la malade, on fait inhaler un peu de chloroforme, l'anesthésie fait très rapidement céder la contracture et la tête fœtale est rapidement extraite ; poids du fœtus 140 grammes ; le placenta est extrait par morcellement, il pèse 60 grammes. Révision de la cavité utérine au doigt, écouvillonnage à la compresse iodée.

Suites opératoires : localement, suites simples, pas d'écoulements anormaux, aucune douleur abdominale. Au point de vue pulmonaire : la température qui n'avait jamais dépassé 38° avant l'intervention, évolue entre 37°5 le matin et 39° le soir, à partir du 8^e jour des suites opératoires. Le poids : avant l'intervention, on avait assisté à une reprise du poids de 39 à 43 kilogrammes, depuis l'intervention, chute à 42 kilogrammes, sueurs nocturnes, très abondantes, malade fatiguée, moral profondément touché, appétit nul. Toux fréquente la nuit, expectoration du réveil peu abondante. Le 25 novembre, radiographie : généralisation du processus à gauche, avec 3 petites images cavitaires groupées de la résion juxta-aortique, opacification quasi-totale de la partie moyenne ; à droite, même opacité de la base, mais plus marquée.

Le 13 décembre, départ de la Clinique Baudelocque pour la Salpêtrière. Le 20 décembre, état inchangé, institution d'un pneumothorax artificiel gauche qui, bien que partiel, se montre efficace.

1936. — Le 17 mars, pneumothorax toujours entretenu, traitement aurique (crisalbine). Depuis le 4^e insufflation, la température est voisine de la normale, pas d'amélioration pondérale nette, mais diminution de fatigue qui a un effet bienfaisant sur l'état moral de la malade ; diminution de la toux et de l'expectoration qui cependant reste bacillifère.

En juin, état amélioré, la femme séjourne au Sanatorium de Magnanville.

OBSERVATION XXVI

Année 1936, n° 1449

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée paraissant avoir débuté en mars 1936 en même temps qu'une 1^{re} gestation ; tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel gauche. — Interruption à 3 mois 1/2 de la gestation. — Poussée évolutive dans les suites immédiates.

M^{me} B..., 25 ans, fille de salle. 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires.

Rien à signaler.

Antécédents personnels.

Normalement réglée depuis l'âge de 12 ans et demi. — Coqueluche et Rougeole dans l'enfance. En 1927, à l'âge de 17 ans, épisode pulmonaire aigu avec toux et expectoration. La femme reste alitée 3 semaines et reprend tout de suite son travail. En 1930, toux fréquente ; consultation à Tenon, examen radioscopique : image thoracique normale. En 1932, la femme qui travaillait et peinait beaucoup fut soignée pendant 18 mois pour Tuberculose pulmonaire (toux et expectoration) par un médecin qui ne fit aucun examen ; traitement par créosote et huile goménolée.

1^{re} gestation :

D. R. : du 20 au 23 février. Procréateur bien portant.

A partir du mois de mars la femme ressent une fatigue générale qui va en s'accroissant, elle maigrit ; en même temps, elle se met à tousser plus que d'habitude et à cracher. Un épisode pulmonaire aigu débute le 12 avril et la force à interrompre son travail. Elle consulte dans un dispensaire où des lésions pulmonaires du côté gauche sont trouvées. L'expectoration ne contient pas de bacilles. Une radiographie confirma les données de la radioscopie. Le

médecin du dispensaire propose le pneumothorax après entente avec le médecin traitant (qui parlait d'avortement).

La malade est adressée au dispensaire Léon-Bourgeois où elle est examinée le 13 mai 1936. L'examen radioscopique montre l'existence de lésions excavées du poumon gauche. L'admission à l'Hôpital est décidée.

La malade dit se sentir assez bien, poids 57 kilogrammes, température subfébrile oscillant entre 37 le matin et 38 le soir ; toux peu fréquente, expectoration peu abondante mais bacillifère. Au sommet gauche matité et souffle intermittent que la toux fait réapparaître. Radiographie : Condensation étendue du poumon gauche excavée au sommet ; image thoracique sensiblement normale à droite.

Le 21 mai, tentative infructueuse de pneumothorax artificiel gauche dans l'aisselle ; le 22 mai, tentative infructueuse dans le dos ; le 23 mai, tentative infructueuse en avant.

Le 29 mai, M. le Dr RIST adressant la malade à M. le Pr COUVELAIRE écrit : « La question qui se pose est par conséquent celle de l'opportunité de l'interruption de cette gestation. »

Le 4 juin : La malade est admise à la Clinique Baudelocque (Pav. Tarnier). Elle avait pris 400 grammes.

Le 6 juin : l'expectoration est toujours bacillifère. Examen obstétrical : Utérus gravide de 3 mois 1/2.

Le 10 juin, M. le Pr COUVELAIRE décide d'*interrompre* la gestation en raison de l'*impossibilité de tout traitement phthisiologique actif et éviter les dangers d'une gestation et des suites de couches chez cette malade présentant une tuberculose récente et grave.*

Pose d'une laminaire n° 22, le 14, à 17 heures pose d'un faisceau de lamineaires (n° 20-18-15), le 13, M. le Dr LACOMME termine par un curage sous anesthésie épidurale et anesthésie régionale des ganglions profonds. Extraction de l'œuf à la pince de Bonnaire et par curage ; fœtus de

3 mois environ extrait par fragment. L'anesthésie a été très bonne. La femme a très peu souffert et il existait un très bon relâchement périnéal permettant une distension facile de la vulve et du vagin. La saisie du col avec les pinces n'est pas sentie par la malade et la traction sur le col n'est pas douloureux.

Le 14 juin, le lendemain de l'intervention, la température qui jusque-là avait oscillé entre 37 et 38, subit une élévation à 40° avec accélération parallèle du pouls.

Les 3 jours suivants, une amélioration s'ébauche, la température est aux environs de 37°5, ne dépassant pas 38° le soir.

Les 3 jours d'après, l'état s'aggrave de nouveau. La température atteint 38°8 le soir avec des rémissions matinales d'un degré. Le pouls concorde avec la température. Il est à noter que dès le début des interventions gynécologiques et obstétricales la malade prend chaque jour 8 comprimés de Rubiazol à titre d'anti-infectieux préventif.

Le 21 juin : L'abdomen est légèrement sensible dans la région para-ombilicale gauche. Par ailleurs, abdomen souple, respirant bien. Cependant, une vessie de glace est maintenue sur l'abdomen.

A l'auscultation du thorax : gargouillements après la toux au sommet gauche. On note par ailleurs une pâleur marquée du visage. La malade a bon appétit et dort bien.

Le 16 juillet la malade quitte la clinique Baudelocque pour Laënnec.

En octobre, état toujours précaire. Fièvre.

CONCLUSIONS

La valeur thérapeutique de l'interruption de la gestation chez les femmes tuberculeuses est extrêmement difficile à juger.

Ni l'utilité, ni l'efficacité de cette opération ne sont démontrées avec certitude par l'expérience effectuée à la Clinique Baudelocque.

Souvent inefficace et même quelquefois dangereuse dans les formes sérieusement évolutives, on peut se demander si l'opération au contraire est réellement utile dans les formes qui ne sont plus évolutives.

Le sacrifice des enfants est certain. Le bénéfice maternel est très souvent discutable.

Nous ne saurions affirmer cependant qu'il faut abandonner totalement l'avortement chez les tuberculeuses. Mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il doit rester exceptionnel.

Nous estimons que la tuberculose ne constitue donc jamais une indication impérieuse d'interrompre une

gestation. Mais l'opportunité de cette opération peut être discutée dans certains cas particuliers et spécialement lorsqu'une gestation vient compromettre une stabilisation difficilement amorcée et que les circonstances concomitantes sont favorables.

VU : *Le Doyen :*
ROUSSY,

VU : *le Président,*
A. COUVELAIRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

L'EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE	3
CHAPITRE I. — <i>Les conditions générales de l'expérience</i>	3
CHAPITRE II. — <i>Les principes suivis dans la position des indications de l'avortement</i>	7
CHAPITRE III. — <i>Etude générale des résultats</i>	22
CHAPITRE IV. — <i>Les résultats envisagés en fonction des Indications. L'Enseignement à titre de l'expérience de la clinique Baudellocque</i>	32

DEUXIÈME PARTIE

LES OBSERVATIONS	37
CONCLUSIONS	117

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 7-11-1936
